

UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém
v domácí péči**

Diplomová práce

Bc. Žaneta Spurná

2. ročník, magisterský studijní program Specializace ve zdravotnictví

forma studia: prezenční

studijní obor: Dlouhodobá ošetrovatelská péče

Vedoucí práce: Mgr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2010

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči

Název práce v AJ: Death anxiety as nursing problem in home care

Datum zadání: 24. 11. 2008

Datum odevzdání: 29. 4. 2010

Ústav a vysoká škola: Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd v Olomouci

Autor práce: Bc. Žaneta Spurná

Vedoucí práce: Mgr. Helena Kisvetrová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: V teoretické části mé diplomové práce se zaměřuji na oblasti, jako jsou Úzkost, popisuji emocionální, psychické a existenciální prožitky pacienta. Smrt a umírání, zde se zmiňuji, jak pacient hodnotí kvalitu života v tomto období a jak prožívá jednotlivé fáze umírání, uvádím i praktické přístupy k umírajícím. Mezi další kapitoly patří Domácí péče, Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém. Poslední kapitolou je Psychologická problematika umírání a smrti, kde se zaměřuji na potíže, které prožívají pečující o těžce nemocného. Pomocí anonymního dotazníkového šetření byly zjišťovány vědomosti sester o problematice úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému, jaké používají hodnotící nástroje k zjištění této diagnózy, jaké plánují intervence u svých pacientů a jestli je péče o tyto pacienty psychicky nebo fyzicky zatěžuje. Na závěr byl sestaven edukační program s powerpointovou prezentací na tuto problematiku.

Abstrakt v AJ: The theoretical part of my diploma thesis refers to an Anxiety, an emotional, psychological and existential experience of a patient is described there. The chapter Death and dying refers to a patient's evaluation of a life quality in the phase of dying; a practical approach to dying people is introduced. The following chapters are dedicated to Home nursing and Death anxiety as a nursing issue. Last but not least, the chapter called Psychological view of dying and death shows the issues which people, who nurse dying patients, are facing with. There has been a research based upon anonymous questionnaire to find out the nurses knowledge about death anxiety as a nursing issue, how they consider this diagnosis, what kind of intervention they plan to do and if nursing these patients is hard work with respect to psychological or psysical aspects. At the end, the educational programme with Power Point presentation has been set up to show the issues.

Klíčová slova v ČJ: domácí péče, úzkost ze smrti, smrt, úzkost, kvalita života, syndrom vyhoření, ošetřovatelství, ošetřovatelská diagnóza, paliativní péče

Klíčová slova v AJ: home nursing, death anxiety, death, anxiety, life quality, burnout syndrome, nursing, nursing diagnosis, palliative care

Rozsah: 113 s., 40 s. příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne.....

.....

podpis

Děkuji Mgr. Heleně Kisvetrové z Ústavu ošetrovatelství za odborné vedení a pomoc při zpracování práce a také za poskytnutí cenných rad, které mi pomohly vypracovat diplomovou práci.

Dále děkuji všem respondentkám z řad všeobecných sester pracujících v charitních ošetrovatelských společnostech, za vyplnění dotazníku.

Dále bych chtěla poděkovat svým blízkým za podporu při tvorbě diplomové práce.

*„Zrání je lidská cesta životem a smrt je poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti“
/Elizabeth Kübler-Ross/*

OBSAH

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Úzkost	11
1.1.1 Obavy pacienta	11
1.1.2 Emocionální stav umírajícího nemocného	12
1.1.3 Úzkost před smrtí	13
1.1.4 Psychická a existenciální tíseň	14
1.2 Smrt a umírání	17
1.2.1 Kvalita života	17
1.2.2 Fáze umírání	18
1.2.3 Období umírání	20
1.2.4 Modely umírání	22
1.2.5 Praktické přístupy k umírajícím	22
1.3 Domácí péče	24
1.3.1 Historie domácí péče	25
1.3.2 Vývoj domácí péče v České republice	26
1.3.3 Charakteristika domácí péče	28
1.3.4 Specifika péče o pokročile nemocného pacienta v domácí péči	28
1.3.5 Postup při zavedení domácí péče	29
1.3.6 Domácí péče v České republice	31
1.3.7 Ošetrovatelská péče v domácí péči	35
1.3.8 OMAHA – systém zdravotnických problémů v komunitní péči	37
1.4 Úzkost ze smrti – ošetrovatelská diagnóza	39
1.4.1 Definování diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry	39
1.4.2 Definování diagnózy dle ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách	42

1.4.3	Nursing Diagnoses, Definitions and Classification	43
1.4.4	NANDA – International	44
1.4.5	NIC – Nursing Interventions Classification	45
1.4.6	NOC – Nursing Outcomes Classification	49
1.4.7	Propojení NANDA, NIC a NOC	49
1.5	Psychologická problematika umírání a smrti	52
1.5.1	Psychologické přístupy k umírajícím	52
1.5.2	Zásady přístupu k nevléčitelně nemocnému a umírajícímu	53
1.5.3	Emocionální problémy zdravotníků	54
1.5.4	Syndrom vyhoření	55
1.5.5	Duševní hygiena	57
2	PRAKTICKÁ ČÁST	59
2.1	Cíle práce	59
2.2	Hypotézy práce	60
2.3	Metodika práce	61
2.3.1	Metodika výzkumného šetření	61
2.3.2	Charakteristika respondentů	61
2.3.3	Organizace výzkumného šetření	62
2.3.4	Zpracování výsledků výzkumného šetření	62
2.3.5	Zpracování hypotéz	63
2.3.6	Metodika k tvorbě edukačního programu	64
2.4	Interpretace výsledků	65
2.4.1	Interpretace výsledků k cíli 1 – 4 – výsledky dotazníkového šetření	65
2.4.2	Interpretace výsledků z testování hypotéz	84
2.4.3	Edukační program – Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči	92

DISKUSE	94
ZÁVĚR	102
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	106
SEZNAM TABULEK	111
SEZNAM GRAFŮ	112
SEZNAM PŘÍLOH	113

ÚVOD

Smrt a umírání patří do života každého z nás, je to jediná jistota, kterou na tomto světě máme, protože každý, kdo se narodí, musí jednou zemřít. V naší společnosti je téma smrti tabuizováno, je považováno za selhání lékařské vědy a techniky. Žijeme v přetechizovaném světě, kde nám vynalezené věci mají usnadnit náš život, ve skutečnosti ho ztěžuje v jeho poslední fázi.

V dnešní době většina lidí umírá v nemocnicích nebo jiných institucích. Tito nemocní, kteří leží na interních, onkologických či jiných nemocničních lůžkách, by si přáli zemřít doma, ve svém známém prostředí, v blízkosti svých blízkých. Člověk v terminálním stadiu nevléčitelné nemoci většinou nepotřebuje, aby mu někdo vysvětlil co se děje, ale potřebuje, aby v posledních chvílích života nezůstal zcela osamocen. Potřebuje, aby ho někdo chápal, aby mu dělal společníka v jeho otázkách, ale nesnažil se za každou cenu odpovědět, aby mu někdo zajišťoval spojení se světem, z něhož je kvůli své nemoci vyřazen. Aby mohlo být splněno přání nemocného nezemřít osamocen v prostorách nemocnice, musí být zajištěna nejen kvalitní lékařská, ale i ošetrovatelská péče. I v této těžké situaci je nezbytná spolupráce rodiny s ošetřujícím personálem. Mnohdy je však rodina nově vzniklou situací zaskočena, proto je důležité, aby jim zdravotní sestra poskytla podporu, motivaci a informovala je o nastalé situaci. Z toho důvodu je třeba, aby se sestry neustále vzdělávaly v této problematice a získané vědomosti a dovednosti využily v praxi, v péči o těžce nemocné.

Rozvoj domácí a domácí hospicové péče by tak měl být na prvním místě zdravotní a sociální politiky, protože přání a potřeby pacienta by měly být vždy na prvním místě.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 ÚZKOST

Úzkost je zpravidla spojena s pocitem vnitřního neklidu, který je někdy označován jako nervozita. Často se projevuje jako pocit, že musíme ještě něco udělat, dokonat, pocit hledání čehosi a pocit, že se to nedá dlouho vydržet. Pacient zpravidla dovede pocit úzkosti lokalizovat do určité části těla nebo orgánu. Za příčinu úzkosti můžeme pokládat v první řadě podněty, které signalizují nebezpečí.¹

Anxieta (úzkost) může být definována jako nepříjemný emoční prožitek pohybující se v rozmezí od mírné úzkosti až po intenzivní strach. Je doprovázena pocity nepříjemnosti, které často mají menší či větší zevní příčinu. Stavby úzkosti jsou velmi často doprovázeny charakteristickými somatickými, fyziologickými, autonomními, biochemickými, endokrinologickými a behaviorálními změnami.²

Úzkost můžeme rozdělit na pasivní a aktivní. Pasivní úzkost je doprovázena charakteristickými symptomy, jakými jsou zástava dýchání, zpomalení pulsu a částečné ochromení pohybu. Aktivní úzkost je doprovázená zrychleným dýcháním, pulsu a zvýšením svalového napětí.³

Mezi obvyklé projevy úzkosti patří široká škála příznaků, mezi které patří prožitky napětí a obav, pocity chvění, různě vyjádřený třes, bolesti na hrudi a obtíže s dechem, bušení srdce, palpitace, polévání horkem i chladem, bolesti v oblasti břicha, bolesti hlavy, narušení spánku až po časté nucení na močení.⁴

1.1.1 Obavy pacienta

Jakmile se pacient dozví, že jeho stav se mění k horšímu, pak se nemůžeme divit, že se u něj objeví obavy o svůj vlastní život. Často jde i o obavy, že to bude nepříjemné, že to možná bude bolet, a v některých případech i obavy nejtěžší – obavy o vlastní život.

¹ ULČ, I., *Úzkost a úzkostné poruchy*, s. 12.

² ULČ, I., *Úzkost a úzkostné poruchy*, s. 17.

³ ULČ, I., *Úzkost a úzkostné poruchy*, s. 18.

⁴ ULČ, I., *Úzkost a úzkostné poruchy*, s. 27.

Napadají-li někoho chmurné myšlenky, projeví se to navenek různým způsobem. Mění se pacientovi způsoby chování, způsob i obsah jeho mluvy, způsob jeho jednání s ostatními lidmi.

Obavy pacienta je možno pozorovat i na celé řadě tzv. vegetativních činností. Mění se jeho dýchání, zrychluje se tep a zvyšuje svalové napětí. Někdy se zvyšuje i počet nervózních pohybových projevů.

Jedním z průvodních znaků je zamlklost pacienta, neodpovídá na naše otázky nebo odpovídá jen na některé, často jedním slovem, případně jen jednoslabičně.

Pacient má schopnost nakazit svými obavami nejen své spolupacienty, ale i ty, kteří ho chodí navštěvovat.⁵

1.1.2 Emocionální stav umírajícího nemocného

Proces odchodu vyvolává výraznou odezvu v psychice nemocného. Můžeme si toho všimnout jak v oblasti myšlení, tak v oblasti emocí.

Termín emocionální indukce znamená, že strach z jednoho indukuje v druhém také strach, ale i naděje jednoho indukuje naději v druhém.

Charakterizuje-li něco situaci umírání, a to jak na straně pacienta, tak i toho, kdo mu stojí na blízku, pak je to soubor negativních emocí, označovaný termíny úzkost a strach.

Anxietu můžeme popisovat jako neurčitý a difúzní pocit obav, bázně a tísně. Jde o obavy z vlastní existence.⁶

Horowitzův model 5 fází odchodu analyzuje prožívání emocí u umírajících pacientů. Těmito fázemi jsou:

- 1) Výkřik** - Jedná se reakci na zprávu o vážném zdravotním stavu. Emoce se mohou skrývat za hranými projevy nebojácnosti. Jindy se může nemocný projevovat výbuchy hysterického strachu, pláče a zoufalství. Jindy psychickou ochablostí, omdléváním, úzkostí.

⁵ KŘIVOHKAVÝ, J., *Vážně nemocný mezi námi*, s. 13-15.

⁶ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., *Poslední úsek cesty, Návrat domů*, s. 25-26.

- 2) **Popírání** - Jde o stav pacienta, kdy vědomě nebo nevědomě popírá skutečnost, nechce ji vidět. Zdá se být zcela apatický, bez zájmu, chová se a hovoří „jako by se nic nestalo“.
- 3) **Intruze** - Nutkavé myšlení na to, co pacienta šokovalo. Stále musí myslet na to, co se s ním děje. Donekonečna to opakuje naslouchajícímu. Má noční můry, děsivé sny přicházejí a při zasnění přes den. Děsivé myšlenky ulpívají a jsou velmi vyčerpávající, berou sílu, radost, naději.
- 4) **Vyrovňávání** - Je to stádium hledání cesty z bezvýchodné situace. Pacientovi se daří přemýšlet o jiných možnostech, případně zkoušet jiné cesty. Je to pokus o řešení neřešitelné situace. Nemocný v této fázi hledá alternativní způsoby léčení. Tato fáze je nejvhodnější pro doprovázení nemocných, pro duchovní zvládnutí těžkých situací. Změna z postoje odmítavého k postoji přijetí je velmi náročná a je dobré, když má na blízku nějakého přítele nebo jinou osobu, které důvěřuje.
- 5) **Smíření** - Tímto se nemění jen přijetí situace a vyrovňování se s ní, ale stav, kdy je pacient schopen myslet na těžkou situaci, aniž by ho to příliš deprimovalo, a zároveň je schopen na ni nemyslet, jestliže to nechce. Nejde o stav rezignace nebo ztuhnutí ve vzdoru, ale o „postavení se nad věc“.⁷

1.1.3 Úzkost před smrtí

Jedním z psychologických projevů, kterému byla věnována největší pozornost při studiu procesu umírání, byla úzkost, případně strach ze smrti (tanatofobie).

Pohled do historie ukazuje, že se o úzkosti před smrtí vědělo v dávné historii lidstva. Znamé jsou přístupy zvláště těch antických filozofů, kteří se snažili racionálním uvažováním a silou vůle přemoci úzkosti ze smrti. Příkladem mohou být z antiky epikurejci, stoici..., ale i sám Platón.

Na úzkost před smrtí má vliv řada věcí. Dnešní podoby ovlivňování úzkosti pacienta ze smrti mají moderní formu, především jde o přístroje paliativní medicíny, za které jsme vděční, ale pro člověka, který pomalu odchází, není snadné si na tyto

⁷ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., *Poslední úsek cesty, Návrat domů*, s. 40.

postupy paliativní medicíny zvyknout. Není divu, že pacient, který spatří takové přístrojové vybavení nemocnice, má strach a prožívá úzkost.⁸

1.1.4 Psychická a existenciální tíseň

Všichni členové paliativní péče musí umět zvládnout tíseň pacienta. Zejména sestry, které vytvářejí blízký vztah s pacientem a jejich rodinami, zde hrají důležitou roli. Musí být schopny rozpoznat tíseň a pečovat o tyto pacienty.

Tíseň (distres) můžeme definovat jako nepříjemný pocit, jehož příčinou jsou psychické, fyzické, sociální nebo spirituální problémy.⁹

Existenciální tíseň je definována jako tíseň, která pochází z konfrontace s podstatou existence – patří sem otázky smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty. Lidé nábožensky věřící si tyto otázky kladou metaforickým jazykem své náboženské tradice. Kontakt s knězem nebo duchovním příslušné církve, svátosti a jiné rituály, ale také neformální náboženská modlitba a čtení bible s nejbližšími mohou umírajícímu věřícímu výrazně pomoci. Je důležité, aby příbuzní i nevyléčitelně nemocný využili svůj omezený čas závěru života ke sdílení přátelství a lásky, k usmíření starých zranění, ale také k urovnání věcí v oblasti majetkové.

Důležitých pět slov na konci života

- „**Odpust' mi**“
- „**Odpouštím ti**“
- „**Děkuji**“
- **Mám tě rád**“
- **Sbohem**

Tato slova nemusí v rozhovoru s nemocným v této době zaznít přímo. Vyjadřují však ve stručnosti důležité oblasti, ve kterých se rozhoduje o tom, zda bude odchod umírajícího lidsky hlubokou a důstojnou událostí.¹⁰

⁸ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, s. 45.

⁹ O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 184.

¹⁰ SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ L., *Umřít doma, příručka pro laické pečující*, s. 35.

Formy existenciální tísně viz tabulka č. 1

Ohrožení vlastní existence může způsobit přetrvávající úzkost nebo depresi, které vyžadují léčbu.

Formy existenciální tísně (tabulka č. 1) ¹¹

Existenciální zátěž	Úspěšná adaptace	Existenciální tíseň	Příznaky	Související psychiatrické poruchy
Smrt	Uvědomění si a přijetí smrti	Úzkost spojená se smrtí	Strach z umírání nebo smrti, panika a objevení se fyzických příznaků, starosti z nejisté budoucnosti, ztráta spirituální nebo náboženské víry	Úzkost a panické poruchy (agorafobie), syndrom úzkosti, akutní stres, porucha adaptace a úzkostí
Smysl života	Duševní klid a pocit naplněného života, odvaha žít život naplno	Demoralizace	Pocit, že nic nemá cenu, ztráta duchovní síly, ztráta role, bezmocnost, touha zemřít	„demoralizační syndrom“, depresivní poruchy
Zármutek	Smutný, ale smířený s tím, že se musí rozloučit	Komplikovaný zármutek (truchlení)	Intenzivní plačtivost, smutek, zloba, pocit nespravedlnosti, depresivní nálady	Depresivní poruchy
Osamocenosť	Doprovázen a podporován rodinou a přáteli	Existenciální osamocenosť	Izolovaný, pocit úplného osamění	Dysfunkční rodina, chybějící sociální podpora, problémy ve vztazích
Svoboda	Přijetí křehkosti a závislosti na pomoci ostatních	Ztráta kontroly	Zlost ze ztráty kontroly, obsesivní problémy při rozhodování, nerealistická přání,	Fobie, obsesivní kompulzivní syndrom, zneužívání látek

¹¹ O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 184.

			nedodržování léčby, strach ze závislosti	
Důstojnost	Důstojný i přes přítomnost nemoci, znetvoření nebo handicap	Ztráta hodnoty	Rozzlobený nebo rozrušený z nemoci, stud, problémy s body image, strach z přítěže pro ostatní	Adaptační poruchy

S blížící se smrtí se zvyšuje úzkost pacienta. Ti, kteří měli to štěstí, že prožili dlouhý a naplněný život, se mohou se smrtí smířit. U ostatních lidí se vyskytuje silná úzkost ze smrti. Tíseň zhoršuje nejistota z toho, kdy ke smrti dojde.

Úzkost se může projevit jako děs, rozrušení nebo panika, maladaptivní chování, špatné vyrovnávací mechanismy nebo somatické problémy. Tyto projevy mohou být mírné až extrémně silné.

Ztráta sebevědomí je pochopitelná reakce na různé změny. Těžká forma ztráty sebevědomí představuje patologický stav, protože způsobuje zvýšenou tíseň. V případě zhoršení stavu může pacienta velmi poškodit, někdy vede až k sebevraždě.

Mezi diagnostická kritéria můžeme řadit symptomy existenciální tísně (ztráta smyslu, beznaděj), pesimismus, bezmoc a ztráta motivace vyrovnat se s nastalou situací, sociální izolace, odcizení nebo nedostatečná podpora, tyto fenomény by neměly trvat déle než dva týdny.¹²

Sestra pozná, že pacient trpí, podle gest, postavení těla, tichého pláče a jiných projevů, které pozoruje při poskytování péče. Citlivá a empatická péče o terminálně nemocné pacienty je základním kamenem klinické péče, protože navazuje tam, kde kauzální léčba již není možná a pokračuje až do smrti pacienta.¹³

¹² O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 194.

¹³ O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 199.

1.2 SMRT A UMÍRÁNÍ

Smrt je přirozeným důsledkem života, která je od něj neoddělitelná. Není lidský život bez smrti. Současná společnost se bojí o smrti mluvit. V dnešní společnosti je téma smrti tabuizováno, smrt již není součástí každodenního života, jako tomu bylo dříve. Nejistota života a jistota smrti, které prožíval člověk v minulosti, byly vystřídány jistotou života a nejistotou smrti.

Každý člověk si v průběhu svého vývoje myšlenky na smrt uvědomí, ale současně je ze svého vědomé vytěšňuje. Toto vytěšnění není úplné, a proto člověk prožívá v různých obdobích svého života strach ze smrti.¹⁴

Umírání má u každého člověka zcela jedinečnou podobu. Jedinečné je také „načasování“ smrti. Když doma pečujeme o nevléčitelně nemocného je smrt vždy v určitém smyslu „očekávaná“. Je tedy dobré být s nemocným co nejvíce u lůžka a dávat mu najevo svou blízkost způsobem, který nám bude dle citu připadat nejlepší.¹⁵

Otázka prodloužení lidského života a jeho záchrany je vlastně podstatou biomedicínského výzkumu. Na smrt jako akt, kterým končí život, se nejde připravit. Nikdo z nás neví kdy, a jak nastane. Zatímco byl dříve umírající ve středu pozornosti své rodiny, nyní je v nemocnici jen případem. Věnuje se mu sice značná pozornost, ta je ale zaměřena spíše na profesionalitu. Lidé věří, že svým blízkým pomohou nejlépe tehdy, když jim zajistí ty nejučinnější a nejmodernější léčebné postupy.¹⁶

1.2.1 Kvalita života

Po mnoha snahách zjistit co to vlastně kvalita života je, vědci dospěli k závěru, že jde o subjektivní hodnotu. Tuto skutečnost můžeme vidět u handicapovaných a vážně nemocných, kteří i přes nerovnost šancí mohou vést kvalitní život.

Jisté je, že určitá objektivní kritéria je třeba používat, protože při dlouhodobém nepříznivém zdravotním stavu vzniká postiženému nárok na částečný nebo plný invalidní důchod a nárok na dávky sociální pomoci a podpory. Tato opatření se snaží

¹⁴ MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*, s. 59.

¹⁵ SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ L., *Umřít doma, příručka pro laické pečující*, s. 38.

¹⁶ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, s. 71-72.

zmírnit pacientovu sociální situaci a zmírnit nerovnost šancí. V rovině psychického prožívání však nemusí nutně docházet k redukci pocitů vážících se ke kvalitě života.

V životě je třeba se smířit se ztrátami, které přímo nebo nepřímo souvisí s existencí nemoci. Omezené možnosti však nutně neznamenají ztrátu kvality života. Každá ztráta však musí být nějakým způsobem kompenzována. V oblasti onkologické péče je třeba neustále usilovat o to, aby se nemocný cítil alespoň relativně dobře a aby byly minimalizovány pocity označované jako špatné. Je třeba dbát na medicínu maličností a nešetřit pochvalou, když se nemocnému daří realizovat cíle.¹⁷

1.2.2. Fáze umírání

Někteří autoři popisují reakce pacientů, kterým bylo sděleno, že mají vážné onemocnění, jako modely s několika fázemi. Vůbec nejznámějším modelem je popis stádií emocionální odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci od Elizabeth Kübler - Rossové. K popisu těchto stádií došla tato psychiatrická na základě mnoha desítek rozhovorů s vážně nemocnými pacienty. Těmito stadii procházejí vážně nemocní od stadia *pre finem* do ukončení stadia *in finem*. Je ale nutno podotknout, že jednotlivá stadia na sebe nemusí chronologicky navazovat, mohou se střídat, znovu objevovat (například nemocný ze stadia smíření se může opakovaně vrátit ke kterémukoli předešlému stadiu). Těmito fázemi prochází také rodina, která se může nacházet v jiných fázích než nemocný.

- 1) **Zavírání očí před skutečností** (šok, popírání, stažení se do izolace) - Kladou si otázku a odpovídají: „Já? To není možné!“ Tato fáze funguje jako nárazník před úděsem z diagnózy. Trvá obvykle krátkou dobu. V této fázi je velmi důležité, jakým způsobem je nemocný o svém zdravotním stavu informován.¹⁸
- 2) **Zloba (zlost)** V tomto stádiu si nemocný klade otázky typu: „Proč zrovna já?“ „Proč ne tamten?“ Je to nejnáročnější fáze; také pro okolí nemocného – rodinu, personál zdravotnického zařízení. Vše, co dělají ostatní, je špatně. Pacient se brání tomu, aby byl ostatními zapomenut, a proto na sebe upozorňuje všemožnými požadavky.¹⁹

¹⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 432.

¹⁸ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *Rozhovory s umírajícími*, s. 15-21.

¹⁹ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *Rozhovory s umírajícími*, s. 22-42.

- 3) **Vyjednávání** (smlouvání) - Je to spíše prchavá fáze, ale pro pacienta je často důležitá. Je jakýmsi obchodním vyjednáváním, uzavřením smlouvy s Bohem o prodloužení života např. za to, že bude konat dobro, bude sloužit Bohu nebo církvi. Tyto sliby mohou pramenit z pocitů viny.²⁰
- 4) **Deprese** - Kübler-Rossová popisuje 2 typy deprese, které jsou rozdílné a vyžadují proto i odlišný přístup v pomoci u těchto lidí. Prvním typem deprese je deprese reaktivní, druhým typem je deprese přípravná.
- a) **reaktivní deprese** – vzniká z pocitu velkých ztrát. Jsou to ztráty způsobené změnou zevnějšku vlivem onemocnění a léčbou tohoto onemocnění. Je to také ztráta pracovního místa. Tato fáze bývá doprovázena zoufalstvím a pocity studu a viny. Nemocní si mohou dělat starosti o zaopatření rodiny.
- b) **přípravná deprese** – nevzniká ze vzniklé ztráty, ale ze ztráty hrozící. Tato forma deprese probíhá na rozdíl od deprese reaktivní většinou velmi potichu. Nemocný odmítá přílišné vstupování do svého soukromí od návštěvníků, kteří se jej pokoušejí rozptýlit. Pomoci můžeme nemocnému tím, že mu dopřejeme, aby truchlil, ale jsme mu nablízku.²¹
- 5) **Souhlas** - Fáze souhlasu je osvobozena od krutých pocitů. Je to čas „posledního klidu před dlouhou cestou“. V tomto období obvykle potřebuje více pomoci rodina, než sám pacient. Nemocný chce být ponechán v klidu. Jestliže si to pacient přeje, je pro něj naše přítomnost znamením toho, že při něm stojíme až do konce. I společné mlčení může být způsobem komunikace.²²

²⁰ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *Rozhovory s umírajícími*, s. 45-47.

²¹ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *Rozhovory s umírajícími*, s. 49-64.

²² KÜBLER-ROSSOVÁ, E., *Rozhovory s umírajícími*, s. 67-79.

Fáze umírání podle Kübler - Ross (tabulka č. 2)²³

Fáze	Projevy	Co s tím?
1. Negace Šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnily výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2. Agrese Hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3. Smlouvání Vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4. Deprese Smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny...)
5. Smíření souhlas	Vyrovnání, pokora, skočil boj, je čas loučení „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

1.2.3 Období umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popřípadě týdnů. Tento stav bývá také označován jako stadium in finem.

Konkrétní závěr lidského života bývá velmi individualizován, každý umírá svou smrtí.

Chceme-li realizovat kvalitní péči, musíme od počátku dbát na to, aby byla vedle dominantní lékařské péče věnována soustavná pozornost duševním, duchovním a sociálním potřebám nemocných.

²³ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, s. 73.

Každé onkologické onemocnění má svůj typický patofyziologický obraz a charakteristický vývoj. Zásadou E. Kübler - Ross je od počátku 80. let známo, že příchod a rozvoj maligního onemocnění vyvolává doprovodnou a zákonitou psychickou odezvu. Stejná autorka zdůraznila, že o celkovou pohodu nemocného je třeba usilovat od chvíle, kdy do života člověka vstoupila vážná nemoc. Vlastní umírání je rozděleno do několika fází, a to *pre finem*, *in finem*, *post finem*.²⁴

- 1) **Období pre finem** začíná, když dochází k odbornému, popřípadě laickému povědomí, že nemoc je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je v kratším nebo delším časovém horizontu (týdny, měsíce) vysoce pravděpodobná. Po celé toto období je potřeba dbát o zmírnění subjektivních potíží nemocného. Pacient musí bezpečně vědět, že kromě medicínské pomoci mu bude poskytnuta také pomoc lidská. Ošetřující personál by měl zabránit smrti psychické a sociální. Psychická rezignace, beznaděj a zoufalství většinou život zkracují a usnadňují vstup fyzické smrti.
- 2) **Období in finem** je totožné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Do tohoto období patří problematika eutanazie a ritualizace smrti. Terminální péče, je péče poskytovaná pacientovi, když není možné žádné zlepšení smrtelné prognózy jeho nemoci či stavu dostupnými léčebnými metodami.
- 3) **Období post finem** je charakterizováno péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé.²⁵

²⁴ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 435.

²⁵ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, s. 75.

1.2.4 Modely umírání

Umírání ritualizované: Lidská obeznámenost se smrtí byla důvěrná, protože se umíralo doma častěji než dnes. Smrt působila jako významný jednotící motiv rodinného života. V minulosti přecházela z generace na generaci zkušenost, jak pečovat o umírajícího. Smrt byla blízká, byla součástí celoživotních rituálů, součástí života. Stejně jako život nebyla ani smrt událostí týkající se pouze jednotlivce. Byla rituálem, který se týkal celé rodiny, přátel, známých a bylo společenskou povinností dostavit se k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním. Umírající si mohl uspořádat své osobní věci, vyjádřit lítost nad utrpením, které způsobil druhým, prosbu za odpuštění, vyslovit přání pro své nejbližší, dát jim rady do života, rozdělit majetek, vyzpovídat se.

Umírání institucionální: Ve společnosti komunikačních technologií se bohužel umírání a smrt diskretně odehrávají v nemocnicích, LDN, domovech důchodců. V umírání a smrti tam člověk zůstává sám. Umírajícím je poskytována potřebná péče, ale dominantní je praktikismus a profesionalita. Umírající nemá možnost čekat na smrt v náručí milujících a milovaných osob. Nechce být sám, a ve většině případů touží po přítomnosti druhého člověka.

Smrt však není nemoc, nedá se léčit, smrt je fakt, který je nutno přijmout. Čas umírání nemusí být čekání na smrt, může být dobou, ve které se usiluje o hodnoty vztahové, o to, co je každému člověku drahé během života.²⁶

1.2.5 Praktické přístupy k umírajícím

Obecně panuje shoda v názoru, že proces umírání by měl mít důstojný ráz. Abychom postupně dospěli k jisté formě ritualizace procesu umírání a abychom mohli účinně konkretizovat svoji pomoc umírajícím, musíme sladit své roztříštěné představy s realitou a popsat, s čím se pravděpodobně setká každý, kdo se podílí na "laskavém doprovodu". Je žádoucí, aby zdravotníci poskytovali rodině umírajícího informace, právě tak jako kontinuální emotivní podporu. Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, ve které dominuje strach a nejistota. Umírání je proces, během kterého má člověk stále méně fyzických i psychických sil.

²⁶ KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, s. 75-77.

Ve snech nebo polospánku umírající rekapituluje svůj život a hodnotí ho. Někdy vítá přítomnost druhých, jindy je vděčný za rozjímání o samotě. Proces umírání postupuje a smrt se přibližuje. Příbuzní by měli být poučeni o tom, že se smrt ohlašuje příznaky, jako jsou slábnoucí puls, pokles krevního tlaku, tělesné teploty a dýchání bývá nejen nepravidelné, ale i ztížené. Někdy může nastat jakési zlepšení stavu nemocného. Umírající je náhle bdělý, plný života, dobře slyší, odpovídá na otázky a sám je i klade, vyslovuje různá přání. Má dokonce potřebu posadit se, vstát. Všechny tyto projevy znamenají, že umírající naposledy přijímá podíl na životě. Je to labutí píseň a je dobré, když ji umírající může prožít společně se svými blízkými. Podle odborníků nastává euforie 2 až 3 den před smrtí. Euforie je střídaná fází nazývanou kóma, popřípadě smrtelné kóma. Umírající opět nevnímá okolí, ale slyší. Je vhodné přizvat příbuzné, aby řekli umírajícímu vše, co ještě pokládají za důležité. Taková slova nejen ritualizují, ale i zklidňují emotivně vypjatou chvíli, jsou také prevencí pocitů viny, že něco podstatného nebylo vyřčeno včas.²⁷

²⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 440-442.

1.3 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče, domácí zdravotní péče a domácí ošetrovatelská péče mohou být matoucí termíny jak pro poskytovatele tak i příjemce, protože jsou často zaměňovány. Všechny definice se však shodují v tom, že domácí péče je péče o nemocné doma, poskytovaná profesionály a poloprofesionály, s cílem zlepšit zdraví, zlepšit komfort a zdokonalit kvalitu života klientů.

Domácí ošetrovatelská péče je definovaná jako: zajištění ošetrovatelské péče akutně i chronicky nemocným pacientům všech věkových skupin v jejich domácnostech, začleňující principy společenské zdravotní péče, které jsou zaměřeny na životní prostředí, psychosociální, ekonomické, kulturní a osobnostní faktory ovlivňující individuální a rodinný zdravotní stav.²⁸

Jedná se o formu péče poskytovanou klientům všech věkových, indikačních a diagnostických skupin. Ve velké většině nestátních agentur domácí péče je péče poskytovaná 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

Rozsah zdravotní péče poskytovaný v rámci domácí péče je dán aktuálně stanovenou indikační, či diagnostickou skupinou klienta a je vázán na indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem. Výkony mají charakter preventivní, kurativní i adaptační.

Česká domácí péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků a jejím základním principem je “pomoc k svépomoci”. Financování této formy domácí péče je více zdrojové.

Nedílnou součástí komplexní domácí péče je domácí zdravotní péče, která je dle znění platných zákonných norem zvláštní formou ambulantní péče, poskytovanou pacientovi na základě indikace ošetřujícím lékařem.

Každý člověk má svůj žebříček životních hodnot, které se v průběhu života mění, a ne vždy naše představy o kvalitě poskytnuté péče korespondují s představami našich klientů. Domácí péče se v tomto ohledu snaží vycházet maximálně vstříc, proto rozsah poskytované péče a služeb je pro každého klienta vytvořen individuálně. Domácí péče není jen aktivitou sester, lékařů, rehabilitačních a sociálních pracovníků,

²⁸ FERRELL, B. R., COYLE, N. *Palliative Nursing*, s. 772.

psychologů, dobrovolníků, duchovních, ale také aktivitou samotného pacienta v oblasti sebezpěče, aktivitou rodinných příslušníků a blízkých v oblasti vzájemné péče a pomoci.²⁹

1.3.1 Historie domácí péče

Období, sahající do poloviny 20. století, během kterého byli pacienti běžně ošetřováni na pohotovosti, se možná zdá být pouhou epizodou v lékařské historii. Předtím byli pacienti ošetřováni doma, v první řadě jejich rodinami. Dnešní společenská a ekonomická situace vede k tomu, že se pokud možno vyhýbáme hospitalizaci a pacienta co nejdříve propouštíme z nemocnice domů. Třebaže vidíme hodnocení těchto změn pozitivně, má tento systém výrazné nedostatky v nynější zdravotní péči.

Vývoj vědy nám dovolil se postarat o pacienty s onemocněním jako je terminální rakovina a s chronickými zdravotními problémy. Břímě péče o ně obvykle padá na rodiny, které jsou často nepřiměřeně fyzicky i psychicky připraveny na náročné potřeby péče, které patří k chronickým a progresivním onemocněním. Navíc, členové rodiny se často stávají primárními poskytovateli péče na úkor ostatních požadavků, jako je zaměstnání mimo domov a plnění rodičovských rolí. Rostoucí nároky na rodinu v poskytované péči, která je limitovaná podporou zvenčí, a následky ošetřování pro pacienta a rodinu přinášejí důležité výzvy pro klinické lékaře.

Původ domácí péče nacházíme v praxi docházejících sester, což mělo své počátky v USA koncem roku 1800. Moderní koncept poskytování ošetrovatelské domácí péče byl ustanoven Williamem Rathbone z Liverpoolu, v Anglii 1859. V roce 1859, za pomoci Florence Nightingale, založil školu pro výcvik navštěvujících sester, které se zaměřovaly na pomoc chudým nemocným v jejich domovech. Během II. světové války, kdy lékaři vykonávali méně návštěv doma a místo toho se zaměřili na pacienty, kteří přicházeli do jejich ordinací a byly přijímáni k hospitalizaci. Postupně narůstalo hnutí za domácí péči, kdy sestry poskytovaly péči pro zdravé i nemocné v domácnosti. Do poloviny 60. let 20. století se neziskové organizace VNA (=asociace navštěvujících sester) rozvíjely v hlavních městech i menších městech. Pod

²⁹ MISCONIOVÁ, B., *Domácí péče a její principy*. <<http://www.cs-ch.ch/Europa/adpframes.htm>>.

jejich záštitou byly sestry zaměřeny na poskytování zdravotních služeb ženám a dětem a nemocenské péče chudým lidem v jejich domácnostech, zatímco veškerá akutní péče byla poskytována pacientům v nemocnici. V roce 1967 bylo 1753 agentur domácí péče, z nichž značné procento byly neziskové organizace VNA. V roce 2003, pouze 35 let poté, zde bylo 7265 agentur domácí péče, značné procento agentur bylo v soukromém sektoru. Tyto agentury nejenže doznaly změn, vnímavost pacientů se zvýšila a technologický vývoj přinesl vysoce komplexní domácí péči. Strukturální změny v systému zdravotní péče poskytly základ pro současnou praxi poskytování domácí ošetrovatelské péče.³⁰

1.3.2 Vývoj domácí péče v ČR

I v českých zemích, po druhé světové válce, došlo k masivnímu rozvoji ošetrovatelských škol a mezi nově zavedené obory patřila také odborná výchova sester pro úsek ošetrovatelství a zdravotní služby v rodinách. S novými medicínskými objevy a rozvojem techniky se také ošetrovatelství stává techničtější a začíná se více medicinalizovat. Po roce 1948 byly řeholní sestry ze zdravotnictví vytěšněny a hlavní těžiště práce civilních sester se přesunulo z obce do nemocnic a institucí. Organizace ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách byla zajišťována nově vzniklým Ústavem národního zdraví. Tento segment péče se tak stal součástí zdravotní péče, která byla poskytována ve zdravotnických obvodech. K zásadním změnám pak došlo až v posledním desetiletí minulého století, kdy vznikaly první agentury domácí péče v dnešní době.³¹

Po roce 1989 začíná v České republice období transformace a reforma struktury, řízení a financování zdravotnictví. V březnu 1990 vzniklo první pracoviště zajišťující domácí ošetrovatelskou péči, tzv. středisko ošetrovatelské péče při České katolické charitě. Jeho pracovníci ošetřili prvních osmnáct nemocných v domácím prostředí.

V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti definovaný ve Zdravotním řádu jako zvláštní forma zdravotní péče. V říjnu 1991 byla založena při nemocnici

³⁰ FERRELL, B. R., COYLE, N. *Palliative Nursing*, s. 771-772.

³¹ JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, s. 59-60.

v Pardubicích první agentura domácí péče dnešní podoby Niké, která byla financována z rozpočtu nemocnice. Ke konci tohoto roku působilo v České republice celkem 26 agentur domácí ošetrovatelské péče (z toho 25 charitních), které zajišťovaly ošetrovatelskou péči pro 1459 klientů. V agenturách bylo zaměstnáno 451 pracovníků.

K výraznému nárůstu počtu agentur domácí péče došlo během roku 1992 v souvislosti s nově přijatým zákonem 160/92 Sb. Agentury domácí péče vznikaly na území tehdejšího Severomoravského, Jihomoravského a Východočeského kraje. Ke konci roku 1992 působilo v ČR celkem 68 agentur, které poskytovaly ošetrovatelskou péči 6742 klientům. Domácí péče byla v tomto roce zajišťována celkem 1344 pracovníky.

Nové agentury domácí péče jsou v roce 1993 a dalších letech zakládány většinou sestrami, dále nemocnicemi, Českým červeným křížem, diakonií, řádem Maltézských rytířů, městskými úřady aj. Odborná domácí péče se začíná orientovat také na postoperační péči u klientů všech věkových kategorií. N jaře téhož roku byla založena Asociace domácí péče ČR, která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče.

V roce 1994 bylo v registru Asociace domácí péče evidováno 353 agentur s 3632 zaměstnanci. V několika centrech a agenturách domácí péče byl aplikován model hospicové péče pro klienty v terminálním stadiu života. V dalších letech byla poptávka po domácí péči postupně saturovaná a nárůst počtu nových agentur domácí péče již nebyl tak výrazný. V roce 2000 působilo v ČR celkem 472 registrovaných agentur, v roce 2001 to bylo 477, v roce 2005 bylo ke konci roku evidováno 494 pracovišť domácí péče.³² Ke konci roku 2008 poskytovalo v České republice služby domácí zdravotní péče 476 pracovišť. Služby domácí péče zajišťovaly přibližně 3 tis. pracovníků a využilo je 137 tis. klientů, z toho 78 % ve věku 65 let a více. V průběhu roku uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče celkem 5,5 mil. návštěv u klientů, což představovalo v průměru 40 návštěv na 1 klienta. Celkem bylo provedeno 10,8 milionu výkonů, z nichž 89 % bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění.³³

³² JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, s. 63.

³³ Domácí zdravotní péče v české republice v roce 2008, <www.uzis.cz>.

1.3.3 Charakteristika domácí péče

Většina nemocných se cítí nejlépe doma, mezi svými, většinou se rodiny chtějí o těžce nemocného postarat, ale často nevědí jak. Rodinám je třeba poskytnout psychickou podporu i faktickou pomoc. Rodiny je například nutné edukovat jak provádět některé ošetrovatelské úkony, není ale žádoucí, aby úroveň domácí péče o těžce nemocné a umírající klesala a nebyla profesionální péčí, proto musí některé výkony provádět kvalifikovaný zdravotnický personál.

V České republice se v současné době rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde rozsah zdravotní péče určuje lékař. Pacient i rodina jsou soustavně motivovány k aktivní spolupráci a vedení k uplatňování principů svépomoci.³⁴

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody s jejich sociálním prostředím; zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminální fázi života umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí; zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb; udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech; edukovat pacienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví; zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta a rodiny.³⁵

1.3.4 Specifika péče o pokročile nemocného pacienta v domácí péči

Pokročilé, nevléčitelné onemocnění představuje pro nemocného i jeho blízké zásadní proměnu rolí. Pacient prožívá více či méně pocit ohrožení vlastního života a musí se s tímto ohrožením vyrovnávat. Nemoc mu navíc působí nepříjemné symptomy a někdy rovněž obtíže, které mohou být velmi zatěžující pro jeho okolí. Pokud je nemocný v domácím prostředí, musí pacientovi blízcí obvykle současně pracovat v několika oblastech. Především se podílejí na vlastní ošetrovatelské péči a poskytují pacientovi psychickou podporu a pomáhají mu v přijetí a adaptaci na náročnou situaci. Sami však v této fázi obvykle prožívají velký stres z výše popsané

³⁴ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 49.

³⁵ JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, s. 60-61.

změny rolí, z blížící se ztráty často nejbližší osoby a nejednou také nejistotu, zda doma skutečně zvládnou zajistit všechnu potřebnou péči. Pro pacientovy blízké je často nesmírně náročné spojit péči o terminálně nemocného s běžnými pracovními, rodinnými a společenskými povinnostmi.

Zásadní rozdíl mezi domácím prostředím a zdravotnickým zařízením je v dostupnosti profesionální zdravotní péči a v míře, jakou se na péči podílejí laici. Je-li pacient doma, je primárním poskytovatelem zdravotní péče jeho praktický lékař, který podle vlastní úvahy rozhoduje o zavedení domácí péče. V domácím prostředí se velice významně počítá s praktickou pomocí pacientových blízkých.³⁶

1.3.5 Postup při zavedení domácí péče

Agentury domácí péče nejsou při stávajícím způsobu úhrady péče schopny zajistit péči o nesoběstačného pacienta, který nemá rodinu či jinou sociální síť osob ochotných se na péči podílet. Sestra domácí péče může v rámci pravidelných návštěv v rámci základní nebo odborné zdravotní a sociální péče v domácím prostředí vykonávat řadu dílčích postupů paliativní péče, protože s postupem základního onemocnění se často mění pacientův celkový stav a narůstá potřeba kvalifikované péče. Objevují se nové symptomy, mění se jejich charakter a intenzita. Někdy dochází k únavě a vyčerpání pečující rodiny. Zkušenost v ČR ukazuje, že právě nedostatečné zvládnutí těchto kritických momentů bývá důvodem zbytečných hospitalizací a velké frustrace pro pacienty i jeho rodinu. Nejčastější situace, které vedou k hospitalizaci u pokročile nevléčitelně nemocných v domácí péči, je uvedeno v tabulce č. 3. Pokud mají být tyto složité situace doma dobře zvládnuty, je třeba, aby byla sestra domácí péče schopna k nemocnému přijet 7 dní v týdnu a 24 hodin denně. To je však z organizačního hlediska poměrně složitý úkol.

Rozhodnutí o zavedení domácí péče by mělo být vždy výsledkem domluvy mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou a agenturou domácí péče.³⁷

³⁶ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 505-506.

³⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 506-508.

Nejčastější krizové situace (tabulka č. 3)

Zhoršení stavu pacienta	Řešení
Pacient se stal imobilní	Předpis nebo zapůjčení berlí, chodítka, toaletního křesla, polohovací postele a jiných pomůcek.
Pacient se stal inkontinentní	Předpis plen, zvážení močového katétru, edukace rodiny o přebalování a možnostech dezodorace.
Pacient agitovaný / zametený	Rychlé zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny, podání vhodných neuroleptik. Pravidelné hodnocení účinku nasazené léčby.
Epileptický záchvat	Při prvním záchvatu by měl stav nemocného zhodnotit lékař. Opakované záchvaty vyžadují především edukaci rodiny, jak zajistit pacientovu bezpečnost při záchvatu.
Bolesti nové svým charakterem nebo intenzitou	Rychlé zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Úprava analgetické dávky a stanovení vhodného léku a dávky pro případné exacerbace bolesti. Pravidelné hodnocení účinku nasazené léčby.
Dušnost	Rychlé zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Dle možnosti kauzální léčba. Symptomatická léčba. Půjčení domácího koncentrátoru kyslíku. Stanovení vhodného léku a dávky pro případné exacerbace dušnosti.
Kašel	Dle možnosti kauzální léčba. Antitusika, zvlhčování vzduchu, inhalace lokálních anestetik.
Pacient nic nejí a nepije	Zhodnocení příčiny. Zhodnocení celkového kontextu léčby a dle toho volba přiměřené hydratace a nutriční podpory.
Nauzea a zvracení	Zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Antiemetika, rozhodnutí o způsobu zajištění hydratace a výživy.
Průjem	Zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Symptomaticky antidiaroeika, zvážit nutnost parenterální hydratace.
Zácpa	Zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Laxativa – dle potřeby i velké

	dávky a kombinace různých lékových skupin. Zajištění dostatečné hydratace. Včas zvážit nálevy. Manuální vybavení stolice považovat za krajní řešení.
Febrilie nebo klinické známky zánětu	Rychlé zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Podle celkového kontextu léčby rozhodnout zda ATB, zda hospitalizace, nebo jen antipyretika.
Krvácení	Rychlé zhodnocení stavu lékařem a hledání příčiny. Celkový přístup závisí na kontextu léčby. Dle toho zvážit zda hospitalizace, zda transfúze, zda hemostyptika. U pokročilých tumorů ORL, plic a GIT je krvácení očekávanou komplikací. Plán řešení v případě krvácení by měl být včas prodiskutován s rodinou eventuálně pacientem.
Komplikace na straně rodiny – vyčerpaná rodina	Tato situace vzniká při domácí péči o pokročile nemocného pacienta poměrně často. Je třeba zhodnotit, zda není podíl ovlivnitelných faktorů. Je třeba vybavit rodinu pomůckami, pracovat na řešení nespavosti, zvážit přechodné přijetí do hospice, eventuálně hospitalizace.

1.3.6 Domácí péče v České republice

Domácí péče je v České republice podle vyhlášky MZ ČR 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925, jako domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí klienta. O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta.

Domácí zdravotní péče navazuje na léčebnou péči praktických lékařů pro dospělé, pro děti a dorost, ambulantních specialistů, ošetřujících lékařů ve zdravotnickém zařízení a doplňuje ji. Zajišťuje paliativní hospicovou péči a pokračuje v odborné péči, která byla klientovi poskytována v ústavech sociální péče. Metodicky je domácí zdravotní péče řízena Ministerstvem zdravotnictví a je poskytována všem občanům bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské nebo politické orientace. U každého klienta je vedena samostatná ošetřovatelská

dokumentace. Dokumentace, která není zatím v ČR jednotná, obsahuje zpravidla záznam o vývoji zdravotního stavu a plán péče o klienta.

V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, včetně sociální péče.

Domácí péče je v České republice poskytována v pěti základních formách:

1) Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci, nebo jako alternativa hospitalizace. Nejčastější indikací u klientů s akutní exacerbací onemocnění jsou choroby kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální, urologické. Tato forma péče zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena zejména klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů.

2) Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice a je určena chroniky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jsou to obvykle klienti po CMP, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným DM, klienti s plným i částečným ochrnutím nebo klienti se závažným duševním onemocněním a imunodeficitem či chronickou bolestí. Tuto formu domácí péče doplňují aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jde o typicky integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let.

3) Preventivní domácí péče

Preventivní domácí péče je určena klientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádějí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, jakou na základě celkového stavu klienta určí ošetřující lékař.

4) Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař přepokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců. Pracovníci domácí péče zajišťují odbornou péči, která mimo jiné zahrnuje management bolesti a emocionální podporu, a tak mírní utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání.

5) Jednorázová domácí péče

Jednorázová domácí péče je mimořádně alternativní využití domácí péče pro provádění jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů. Jde zpravidla o provedení odborných výkonů (jednorázová aplikace injekce, odběr biologického bez zavedení domácí péče. Tato forma je indikována u těch případů, kdy z provozních důvodů (časové omezení ordinačních hodin ošetřujícího lékaře) nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách klientů, jejichž stav si vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci.

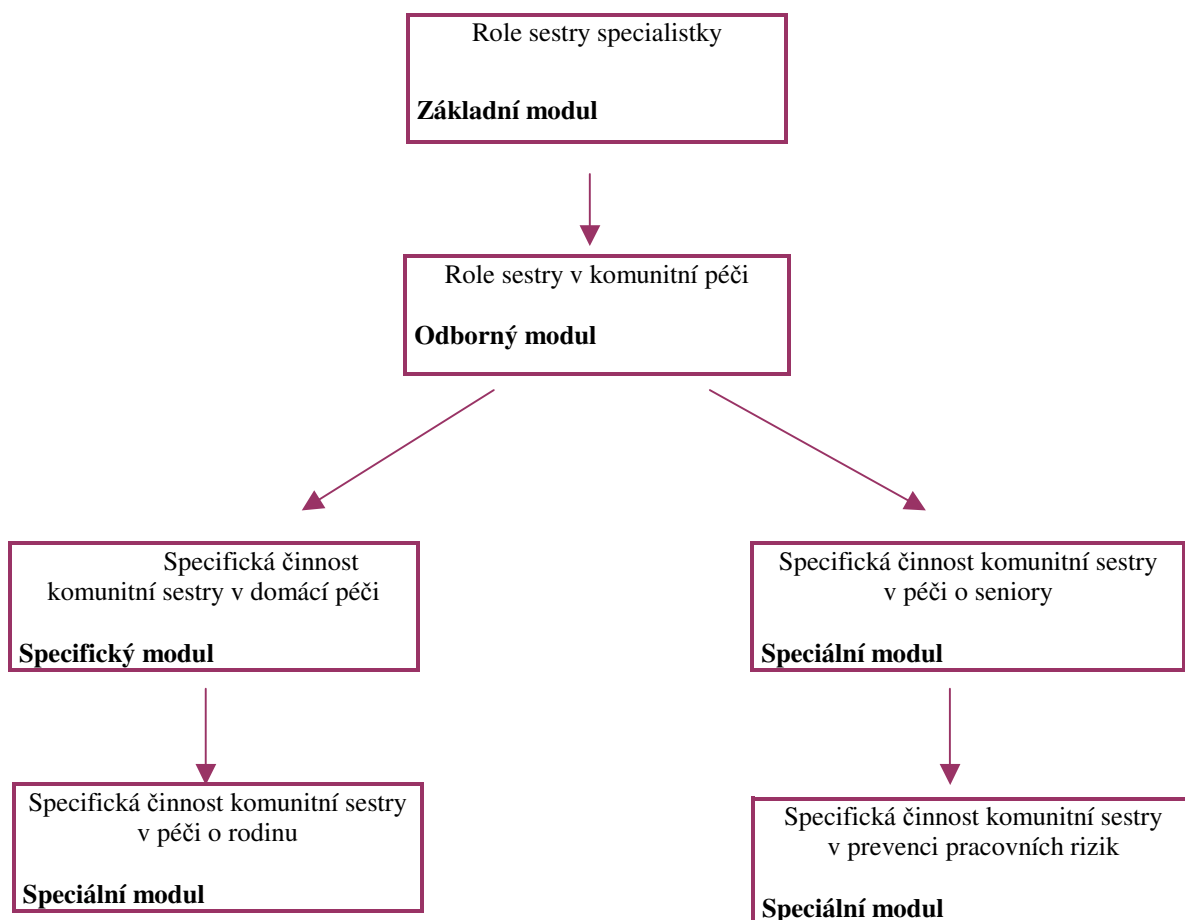
Domácí péče je zajišťována prostřednictvím agentur domácí péče. Odborný zástupce u agentury musí splňovat po ukončení kvalifikačního vzdělání podle platných právních norem minimální rozsah 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky odborné praxe u lůžka. V současné době probíhá pregraduální vzdělávání sester (získání odborné způsobilosti) na vysokých školách v bakalářských studijních programech ošetřovatelství a na vyšších zdravotnických školách absolvováním oboru všeobecná sestra.³⁸

Analýza komunitní péče, která byla provedena v roce 2005 ukázala, že v České republice, na Slovensku a dalších zemích je tato péče přibližně na stejné úrovni a že neexistují v těchto zemích žádné vzdělávací programy, které by efektivně připravovaly pracovníky v této oblasti na jejich úkoly. Je to však oblast zdravotní péče, které je v řadě rozvinutých zemí věnována značná pozornost kvůli jejímu nepochybně vysokému společenskému významu. Na základě této analýzy byl stanoven cíl projektu e-learning v komunitní péči. Cílem projektu je vytvořit program specializačního

³⁸ JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, s. 64-67.

vzdělávání v komunitní péči pomocí modulárního systému a připravit jednotlivé moduly pro e-learningovou formu studia, abychom byli připraveni vzdělávat nelékařské zdravotnické pracovníky co nejefektivněji. Program je plánován jako dvouletý program kontinuálního odborného vzdělávání připravený takovým způsobem, aby mohl být využíván k uspokojení potřeb zdravotnických pracovníků ve všech zúčastněných zemích i dalších evropských zemích.³⁹

Struktura vzdělávacího programu pro sestry:



³⁹ NCO NZO BRNO, *Projekt E-learning v komunitní péči*, <<http://www.communitycare.cz/cz/e-learning-popis-projektu.php>>.

1.3.7 Ošetrovatelská péče v domácí péči

Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci zdravotní péče, která je členěna podle zaměření aktivit na primární, sekundární a terciální péči.

- 1) Ošetrovatelské péče v kontextu primární zdravotní péče je poskytována v rámci prvního kontaktu členů společnosti se zdravotními službami v komunitě. Je zaměřena na ochranu a upevňování zdraví a na prevenci onemocnění (edukace, diagnostické a terapeutické výkony, uspokojování potřeb jednotlivců, rodin, skupin).
- 2) Ošetrovatelská péče v rámci sekundární zdravotní péče je realizována v institucích (nemocnice, odborné ústavy, léčebny, hospice, aj.) a je zaměřena na prevenci komplikací onemocnění. Zajišťuje pacientům komplexní, specializovanou a základní péči.
- 3) Smyslem terciální zdravotní péče je dokončit terapeutický proces a zlepšit zdravotní stav nemocného. Ošetrovatelská péče je zde zaměřena na komplexní a základní péči, na léčebné výkony, rehabilitaci, edukaci, paliativní péči a je poskytována zejména v domácnostech klientů, zařízeních dlouhodobé péče, rehabilitačních zařízeních.

V rámci zdravotnické soustavy se domácí ošetrovatelská péče stala v posledních desetiletích nejdůležitějším poskytovatelem terciální zdravotní péče. Domácí péče je poskytována v rámci komplexní komunitní péče.

Prakticky zaměřené ošetrovatelské aktivity jsou klientům v domácí péči prováděny sestrou přímo (face to face) nebo nepřímo:

a) přímá péče

Za přímou péči považujeme všechny aktivity, kdy je sestra v přímém kontaktu s pacientem a jeho rodinou, vše, co se vztahuje k aktuálním fyzickým aspektům ošetrovatelské péče. Tyto aktivity zahrnují přímé ošetrovatelské výkony, fyzické vyšetření a hodnocení pacienta, převazy, aplikace injekcí, zavádění katétrů, infúzní terapie. K přímé péči patří také edukace klienta a jeho rodiny. Všechny indikované a provedené výkony musí být evidovány v ošetrovatelské dokumentaci klienta a jsou vykazovány příslušné zdravotní pojišťovně k proplacení.

b) nepřímá péče

Sesterské aktivity poskytované v rámci nepřímé péče se týkají především zkvalitňování a koordinace péče (konzultace sestry s ostatními odborníky, multidisciplinární spolupráce, organizování a účast na poradách všech klientových poskytovatelů péče, obhajoba klientových práv v kontextu zdravotního systému, zdravotních pojišťoven, dohled nad domácí výpomocí, dokumentační práce).

Podle zaměření a obsahu činností bývá domácí péče dále členěna na epizodickou, kdy je klientovi poskytována péče léčebná a jsou prováděny aktivity v rámci sekundární a terciální prevence, a distribuční, kdy je poskytovaná péče zaměřena na podporu zdraví, prevence onemocnění nebo na primární prevenci.

Ošetrovatelská péče je v domácnostech klientů stejně jako ve zdravotnických institucích poskytována metodou ošetrovatelského procesu a probíhá ve všech pěti základních fázích:

1) Posuzování pacienta

2) **Diagnostika problémů** – pro zevrubnou klasifikaci ošetrovatelských diagnóz je klasifikační systém NANDA. Ve Spojených státech amerických jsou využívány klasifikační systémy speciálně sestavené pro ošetrování v rámci domácí péče (Home Health Classification System) nebo klasifikační systémy pro komunitní péči (OMAHA).

3) **Plánování ošetrovatelských aktivit** – cíle jsou zaměřeny na podporu, udržení nebo navrácení zdraví a na prevenci komplikací.

4) **Realizace plánu** – sestra se rozhoduje o nejvhodnějším způsobu provedení plánovaných aktivit.

5) **Hodnocení klientova stavu** – stav hodnotí sestra společně s klientem, jeho rodinou, hodnotí stav vzhledem k očekávaným výsledkům a stanoveným cílům péče. Zlepší-li se jeho zdravotní stav, úroveň sebepéče a funkční schopnosti nebo je-li rodina schopna sama zajistit jeho základní péči, může sestra navrhnout ukončení domácí péče. V případě potřeby odborné ošetrovatelské

péče více než 3 hodiny denně sestra doporučuje klientovi hospitalizaci ve specializované instituci podle jeho zdravotního stavu a klinické diagnózy.⁴⁰

Domácí péče je v současné době dostupná na většině území. Komplexnost nabízených služeb je však bohužel velmi proměnlivá. Lze říci, že většina agentur je velmi dobře schopna zvládnout chronické, omezeně mobilní, ošetrovatelsky náročné pacienty. V péči o pokročile nemocné onkologické pacienty vyžadující komplexní paliativní péči je však situace složitější. Je důležité zajistit neustálou dostupnost kvalifikované lékařské a ošetrovatelské paliativní péče. Je nutné pracovat na zlepšení znalostí a dovedností praktických lékařů v otázkách paliativní medicíny a hledat možnosti sociální a ekonomické podpory pro rodiny, které o svého blízkého doma pečují.⁴¹

1.3.8 OMAHA – systém zdravotnických problémů v komunitní péči

Jedná se o nejstarší ošetrovatelskou klasifikaci, která se ale selektivně orientuje pouze na komunitní zdraví. Systém nabízí relativně jednoduchá, snadno srozumitelná, na výzkumu založená a počítačovou metodou organizovaná a měřená data o provedených činnostech u nemocného. Práce na Omaha systému byly zahájeny v roce 1970. V období let 1975 až 1986 byly grantovou oporou podpořeny tři výzkumné projekty vývoje a tříbení Omaha systému. Poté mezi rokem 1989 a 1993 byly výzkumné aktivity věnovány otázkám reliability, validity a použitelnosti.

Omaha systém je založen na dynamické a interaktivní povaze ošetřování nebo procesu řešení problémů, vztahu pacient – klinický lékař a konceptu diagnostického usuzování, klinického závěru a zlepšení kvality.

Systém byl vždy zamýšlen jako široký a přesto v maximální možné míře stručný systém, užitečný pro sestry stejně jako pro členy rozmanitých odborností a mnoha uspořádání. Jelikož systém respektuje taxonomické či klasifikační principy, sestává z termínů s kódy, které jsou uspořádány směrem od všeobecných ke specifickým. Zahrnuté termíny jsou jednoduché, jasné, stručné a pro poskytovatele péče i veřejnost snadno srozumitelné. Pozornost byla věnována vhodnosti termínů

⁴⁰ JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*, s. 68-71.

⁴¹ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 508.

pro klienty různých věkových kategorií, umístění, s různými lékařskými diagnózami a termínům odpovídajícím socioekonomickému stavu, spiritualitě a kultuře.⁴²

⁴² The Omanah System., Omaha System Overview, <<http://www.omahasystem.org/overview.html>>.

1.4 Úzkost ze smrti - ošetřovatelská diagnóza

Je to ošetřovatelský problém člověka, který v souvislosti s umíráním (nebo v souvislosti se smrtí) prožívá znepokojení nebo strach.

1.4.1 Definování diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry⁴³

V této knize jsou diagnózy uváděny v abecedním pořádku, včetně doplnění i nových diagnóz, které byly přijaty NANDA v průběhu roku 1999. Kromě intervencí obsahuje každá zavedená diagnóza definici a úvodní informaci, utříděnou do oddílů Související stavy a faktory a Charakteristické příznaky.⁴⁴

U některých diagnóz je uvedeno, že některé součásti připravuje NANDA. Tak tomu bylo i u ošetřovatelské diagnózy Úzkost ze smrti, u které v roce 2004 bylo navrženo, že je třeba diagnózu předefinovat a doplnit chybějící údaje. V roce 2006 byla upravená verze vložena do knihy HEDRMAN, H. Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2007-2008.⁴⁵

- **definice:** předtucha smrti, obava či strach ze smrti nebo umírání
- **související stavy a faktory připravuje NANDA**
- **charakteristické příznaky**
 - **Subjektivní**
 - Strach z vývoje nevyléčitelného onemocnění, průběhu umírání, ztráty fyzických a / nebo duševních schopností během umírání, předčasné smrti znemožňující naplnění důležitých životních cílů, zanechání rodiny osamocené po odchodu ze života, dlouhého umírání. Negativní obrazy smrti nebo nepříjemné myšlenky v důsledku jakékoli příhody, které souvisí se smrtí nebo umíráním. Bezmocný vztah ke všemu, co souvisí s umíráním, totální ztráta kontroly nad jakýmkoli aspektem vlastní smrti.

⁴³ DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, s. 386-389.

⁴⁴ DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, s. 9.

⁴⁵ International Journal of Nursing Terminologie and Classification, 2004. vol 15, issue 2, p 59-61.

- Znepokojení nad dopadem vlastní smrti na blízké osoby, nad sebou jako příčinou jejich smutku a utrpení. Obava ze setkání se stvořitelem nebo pochybnosti o existenci Boha nebo nějaké vyšší bytosti.
- **objektivní – hluboký smutek**
- **cíle ošetrovatelské péče a pacientova úsilí**
 - Rozeznat a svobodně a efektivně vyjádřit pocit (smutku, viny, strachu).
 - Hledět kupředu / plánovat budoucnost jednou za čas.
 - Sestavit plán, jak se vypořádat s individuálními starostmi a eventualitami smrti.
- **ošetrovatelské intervence**
 - **posouzení příčin a vyvolávajících faktorů**
 - Zjistit, jak pacient vidí sám sebe v obvyklé životní roli a jaký význam přikládá předjímané ztrátě ze svého hlediska a s ohledem na blízké osoby.
 - Zpřesnit současnou znalost situace, aby bylo možno odhalit mylné představy, nedostatek informací a další související záležitosti.
 - Určete pacientovu roli v rámci rodiny. Pozorujte způsob komunikace v rodině a reakci rodiny na situaci a starosti pacienta. Při zkoumání potřeb a starostí si také všimněte silných stránek, využitelných při léčbě.
 - Posuďte dopad pacientových líčení subjektivních prožitků a minulých zkušeností ze smrtí.
 - Zjistěte kulturní postoje a jejich dopad na současnou situaci.
 - Povšimněte si fyzického / duševního stavu a úplnosti léčebného režimu.
 - Posuďte, zda je pacient schopen zvládnout péči o sebe sama, vyrovnat se s konečností svého života a dalšími záležitostmi a uvědomit si a využít dostupné zdroje pomoci.

- Věnujte pozornost chování, indikující současnou hladinu úzkosti, protože s tím souvisí schopnost pacienta zpracovat informace a účastnit se činností.
 - Posuďte současné dovednosti a jejich efektivitu. Uvědomte si pacientovi obranné mechanismy.
 - Zaznamenejte náboženskou orientaci nemocného.
 - Naslouchejte výpovědím pacienta, jejich vyjádření, hněv, obav, přesvědčení, že hrozící smrt je trestem za zlé činy.
 - Aktivně vyslechněte poznámky o pocitu odloučení.
 - Všímejte si vyjádření neschopnosti nalézt smysl života či sebevražedných tendencí.
- **pomoc pacientovi ke zvládnutí situace**
- Vytvořte vstřícný a důvěryplný vztah.
 - Využijte terapeutických komunikačních dovedností. Respektujte přání pacienta nemluvit.
 - Povzbuzujte ho k vyjádření pocitů. Uznejte strach. Nepřete se s nemocným a ujistěte ho, že vše bude zase v pořádku.
 - Povězte mu o normálnosti pocitu a individuálního smutku.
 - Dbejte na klidné, mírumilovné prostředí a dostatek soukromí. Podporujte schopnost řešit situace.
 - Odešlete ho k terapeutům, spirituálním konzultantům, aby snáze prošel procesem smutku.
- **podpora nezávislosti**
- Podporujte pacientovy snahy učinit realistické kroky a proměnit plány v cíle.
 - Směřujte pacientovy myšlenky do doby, která bude následovat, kdy bude užívat každého dne i budoucnosti, je-li to přiměřené.
 - Dejte mu příležitost k jednoduchým rozhodnutím. Posilujte mysl pro sebeovládání.
 - Respektujte vyjádřená rozhodnutí a přání a dle vhodnosti o nich informujte i druhé.

1.4.2 Definování diagnózy dle ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách

Klasifikace v celé knize vychází z publikace Nursing Diagnoses: Definition and Classification 2005-2006. Publikace prezentuje aktuální výsledky vývoje NANDA diagnostiky k roku 2005. Termín „symptomy“ byl v NANDA – International diagnostickém systému nahrazen označením určující znaky a etiologie byla nahrazena termínem související faktory. Pojem rizikové faktory byl ponechán. U některých diagnóz došlo k úpravě diagnostických prvků.⁴⁶

Český překlad je dostupný právě v knize Doc. Marečkové, Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, 2006.

1.KROK

Určující znaky

- obavy z dopadu vlastního úmrtí na blízké osoby
- bezmocnost vůči problémům souvisejících s umíráním
- strach ze ztráty tělesné a / nebo duševní schopnosti v období umírání
- očekávání bolesti při umírání
- veliká sklíčenost
- strach z umírání
- starosti klienta o přepracovanost pečovatele v období nemohoucnosti a terminálním stadiu onemocnění
- totální ztráta kontroly nad svými stanovisky směrem ke své smrti
- strach z protahovaného umírání
- strach o život rodiny a utrpení blízkých osob
- strach z vývoje nevléčitelného onemocnění
- popření vlastní smrtelnosti nebo hrozící smrti

2. KROK

Související faktory - v době, kdy autorka napsala tuto publikaci, související faktory nebyly vyvinuty

⁴⁶ MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, s. 19.

3. KROK

Ověření - Pokud jsme našli některý z určujících znaků, přistoupíme k ověření. Zvažíme, zda je klient skutečně v situaci, jak stanovuje definice: Úzkost ze smrti je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který se v souvislosti s umíráním (nebo v souvislosti se smrtí) prožívá znepokojení nebo strach.

4. KROK

Zaznamenání přítomnosti diagnózy do ošetrovatelské dokumentace.⁴⁷

1.4.3 Nursing Diagnoses, Definitions and Classification ⁴⁸

Úzkost ze smrti 00147

- **doména:** Zvládání / tolerance stresové zátěže
- **třída:** reakce zvládání
- **definice:** Nejasné úzkostné pocity z nepohodlí nebo strachu vystupňovaného vnímáním skutečného nebo vymyšleného ohrožení života.

Charakteristické znaky:

- vyjadřuje obavy z přetížení pečovatele
- vyjadřuje hluboký smutek
- vyjadřuje obavu z rozvoje terminálního onemocnění
- vyjadřuje obavu ze ztráty duševní způsobilosti při umírání
- vyjadřuje obavu z bolesti týkající se umírání
- vyjadřuje obavu z předčasné smrti
- vyjadřuje obavu z procesu umírání
- vyjadřuje obavu z prodlouženého umírání
- vyjadřuje obavu z utrpení souvisejícím s umíráním
- vyjadřuje obavu z pocitu bezmocnosti nad umíráním
- vyjadřuje negativní myšlenky související se smrtí nebo umíráním
- vyjadřuje obavu z dopadu něčí smrti na ostatní

⁴⁷ MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, s. 183.

⁴⁸ HEDRMAN, H. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification*, s. 244.

Související faktory:

- očekávání nepříznivých následků celkové anestezie
- očekávání dopadu ze smrti na ostatní
- očekávání bolesti
- očekávání utrpení
- uvědomění si terminálního onemocnění
- diskuse na téma smrt
- zkušenost s umíráním
- odmítnutí vlastní smrtelnosti
- pozorování související se smrtí
- povšimnutí si blízkosti smrti
- nejistota se setkáním s vyšší mocí
- nejistota v existenci vyšší moci
- nejistota ze života po smrti
- nejistota z budoucnosti / prognózy

1.4.4 NANDA – International

Profesionálové v ošetrovatelství začali vnímat nejasné postavení oboru v systému zdravotních věd. Začali rozvíjet argumenty, které by pomohly situaci oboru řešit. V roce 1950 se v odborné zahraniční literatuře objevil pojem ošetrovatelská diagnóza. Do té doby byla ošetrovatelská péče popisována jako série úkolů sester vedených a hodnocených lékařem. Vývoj událostí sebou přinesl rozvoj diagnostické terminologie, která byla do té doby naprosto nejasná a nekonzistentní. Proto se v roce 1973 konala První národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, na ni pak navazovala série dalších aktivit. V roce 1974 byl publikován první konferenční sborník, který je vydáván každé dva roky.

Historicky mezi ně patří i vznik asociace zvaná NANDA (North American Association for Nursing Diagnoses International = Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). V osmdesátých letech začaly na NANDA diagnostice pracovat také profesionálové z Evropy a Asie. V roce 1986 byla NANDA diagnostická klasifikace zaslána Světové zdravotnické organizaci za účelem jejího zahrnutí do Mezinárodní klasifikace onemocnění. V roce 1987 byla NANDA

taxonomie I. publikována. Vydávání oficiálního NANDA periodika Nursing Diagnosis bylo zahájeno v roce 1990 a jeho název byl v roce 1997 upraven na Nursing Diagnosis-The Journal of Nursing Langure and Classifiacation.

V roce 1987 proběhlo pracovní setkání týmu NANDA, NIC a NOC, jejich společným záměrem bylo poskytnout ošetrovatelské praxi úplný systém klasifikace ošetrovatelských fenoménů. V roce 2000 byl výborem pro taxonomii předložen systém nový. Je založen na struktuře diagnostických domén, které odrážejí Gordonové Funkční vzorce zdraví a vznikla tak vyšší verze klasifikace diagnostických pojmů nazvaná NANDA taxonomie II.⁴⁹

Asociace NANDA International vyvinula stručný a široce uplatnitelný diagnostický systém. Z něj mohou všichni zdravotníci, různých specializací, čerpat v konkrétní situaci. Názvy ošetrovatelských diagnóz s číselným kódem jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. Diagnózy jsou řazeny do diagnostických domén, které představují specifické oblasti chování a projevů člověka.⁵⁰

1.4.5 NIC – Nursing Interventions Classification

NIC je komplexní standardizovaná klasifikace postupů, které sestry plní. Je použitelná pro klinickou dokumentaci, pečovatelskou komunikaci, propojení dat v systémech a nastaveních, efektivitě vyhledávání, produktivitě měření, vhodná evaluace, kompenzační a učební vzhled. Klasifikace zahrnuje postupy sester prospěšné pro pacienty, závislé i spolupráci umožňující postupy, přímou i nepřímou péči. NIC může být používána ve všech prostředích (od akutní intenzivní péče, domácí péči, hospicovou péči až po primární péči) a ve všech specializacích. Úplná Klasifikace popisuje ošetrovatelskou oblast; nicméně některé postupy v klasifikaci jsou určeny i pro jiné poskytovatele. Ostatní poskytovatelé zdravotní péče vítají použití NIC k popsání jejich léčby.

NIC postupy zahrnují jak psychologické, tak psychosociální postupy. Postupy jsou použitelné pro léčbu onemocnění, pro prevenci onemocnění i jako podpora zdraví.

⁴⁹ MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*, s. 73-78.

⁵⁰ MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. s. 17.

Většina postupů je určena pro jedince, ale mnoho je i pro rodinu a některé i pro komunity.

V tomto vydání NIC je obsaženo 542 postupů a více než 12 000 aktivit. Postupy jsou uspořádány do 30 tříd a 7 oblastí pro jednoduché používání. Těchto 7 oblastí je: fyziologie-základní, fyziologie-komplexní, chování, bezpečí, rodina, zdravotní systém a společnost (veřejnost). Některé postupy se opakují ve více než jedné třídě, ale každá z nich má specifický kód, který určuje první třídu a neobjevuje se v žádném jiném postupu.

NIC taxonomie byla kódována z několika důvodů:

- (1) k usnadnění použití v počítačové dokumentaci,
- (2) k usnadnění manipulace s daty,
- (3) k lepšímu rozlišení od ostatních systémových kódů
- (4) k umožnění použití při finančním odškodnění.

Klasifikace je neustále aktualizována a má pokračující proces pro zpětnou vazbu a zhodnocení. Nová vydání klasifikace jsou plánována zhruba každé 4 roky. Studium NIC začalo roku 1987 a vyvíjelo se přes 4 fáze, každá zasahovala do další.

- 1. Vytvoření klasifikace (1987-1992)**
- 2. Vytvoření taxonomie (1990-1995)**
- 3. Klinické testování a upřesňování (1993-1997)**
- 4. Využití a podpora (1996-dodnes)⁵¹**

NIC by měl být používán při sdělování postupů, které sestry používají při práci s pacienty, rodinami, komunitami, nebo zdravotními systémy. Když je NIC užíván k praktické dokumentaci, pak je to začátek mechanismu k určení dopadu sesterské péče na pacienta.

Výběr ošetrovatelského postupu pro určitého pacienta je součástí klinického rozhodnutí prováděného sestrou. Mělo by být zvažováno 6 faktorů při výběru postupu:

- 1) žádoucí vyhlídky pacienta

⁵¹ BULECHEK, G. M., et al. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, s. 3-5.

- 2) charakteristika ošetrovatelských diagnóz
- 3) výzkumná základna pro postup
- 4) proveditelnost použití postupu
- 5) přijatelnost pacientem
- 6) způsobilost sestry

1) Pacientovy vyhlídky by měly být specifikovány před výběrem postupu. Slouží jako kritérium, proti němuž posuzujeme, zda je ošetrovatelský postup úspěšný. Výsledky vidíme z chování, odpovědí a pocitů pacienta jako odezvu na poskytnutou péči. Je zde množství variant ovlivňujících výsledky, včetně klinického problému; postupy předepisovány k poskytnutí podpory zdraví; zdravotní péče poskytovaná sobě; prostředí, ve kterém je péče přijímána; pacientova vlastní motivace; genetická struktura a patofyziologie; a pacientovi blízcí. Je zde pravděpodobně v každé situaci více zásahových nebo zprostředkovaných variant, které v některých případech ztěžují zavedení příčinného vztahu mezi ošetrovatelským postupem a výsledky pacienta. Sestra musí pro každého pacienta identifikovat cíle, které mohou být rozumně očekávány a mohou být dosaženy prostřednictvím ošetrovatelské péče.

2) Výsledky a postupy jsou voleny ve vztahu k určitým ošetrovatelským diagnózám. Postup je orientován směrem ke změně určujících znaků spojené s diagnózou. Jestliže je postup úspěšný v provedení etiologických změn, pak se očekává, že se pacientův stav zlepší. Pro potenciální nebo vysoce rizikové diagnózy je postup zaměřen na změnu nebo eliminaci rizikových faktorů pro danou diagnózu.

3) Sestra, která používá postup, by měla být obeznámena s jeho výzkumnými základy. Výzkum poukazuje na efektivitu použití postupu na určitý typ pacienta. Některé postupy se již široce testují na určitých lidech, kdežto jiné jsou zatím ve fázi koncepčního vývoje a ještě nebyly empiricky testovány. Sestry vědí o výzkumu vztahujícímu se k určitým postupům prostřednictvím vzdělávacích programů a prohlubováním svých znalostí. Pokud tu není žádný výzkumný základ pro postup, který by pomohl sestře si vybrat, pak by sestra použila vědecké principy

(např. přenášení infekce) nebo by se poradila s odborníkem, na jakou specifickou populaci by mohl postup fungovat.

4) Proveditelnost zahrnuje způsoby, ve kterých jsou jednotlivé postupy v interakci s ostatními. Je důležité, aby byla sestra zapojena do plánování péče o pacienta. Sestra potřebuje zvážit postupy dalších poskytovatelů, náklady na postup a čas, běžící při výběru postupu.

5) Postup musí být akceptován pacientem, rodinou. Sestra je často schopna doporučit výběr postupů, aby přispěla k dosažení určitého výsledku. Pro každý postup, k usnadnění pochopení výběru, může být pacientovi podána informace, aby věděl, jak se do akce zapojí. Když vybíráme postup, musí být zvažováno pacientovo rozhodnutí, víra a kultura.

6) Bulechek a McCloskey popsali 3 oblasti, ve kterých musí být sestra kompetentní:

Sestra musí - mít znalosti o vědeckém odůvodnění postupu,

- mít nezbytné psychomotorické dovednosti a interpersonální schopnosti,
- být schopna fungovat za určitých podmínek, aby efektivně využívala zdroje zdravotní péče.⁵²

⁵² BULECHEK, G. M. et al. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, s. 44-45.

1.4.6 NOC – Nursing Outcomes Classification

Klasifikace očekávaných výsledků ošetrovatelské péče je dalším z kontinuálních projektů centra pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost Univerzity Iowa. Je zevrubnou standardizovanou klasifikací podle výsledků ošetrovatelské péče, která je vyvíjena pro evaluaci – vyhodnocování efektu ošetrovatelských výsledků (cíle ošetrovatelské péče). Standardizované výsledky jsou aplikovatelné v elektronické ošetrovatelské dokumentaci, která má být součástí klinických informačních systémů. V nich je pak možné dohledávat a vyhodnocovat efektivitu konaných intervencí, které ke splnění cíle konáme.

Standardizované výsledky jsou vyvíjeny pro všechna zdravotnická pracoviště s rozmanitou populací klientů, včetně klientů péče terciální, komunitní, domácí a klientů ošetrovatelských domů. Jestliže výsledky popisují klientův stav, je třeba, aby byly současně vyvíjeny intervence, jimiž lze očekávaného výsledku dosáhnout. Proto se odborníci Iowa Centra ve dvou kooperujících týmech paralelně věnují NIC a NOC klasifikacím.⁵³

1.4.7 Propojení NANDA, NIC a NOC⁵⁴

Ošetrovatelská diagnóza – úzkost ze smrti

Definice – obava, dělat si starosti nebo mít strach související se smrtí nebo umíráním

Propojení NIC a NOC (tabulka č. 4)

⁵³ MAREČKOVÁ, J., NANDA – *International diagnostika v ošetrovatelském procesu*, s. 71.

⁵⁴ JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H. et al. *NANDA, NOC and NIC Linkages*, s. 135-138.

Cíle	Hlavní intervence	Navržené intervence	Volitelné intervence
Přijetí zdravotního stavu Definice: okolnosti vedoucí ke smíření s výraznou změnou ve zdraví.	<ul style="list-style-type: none"> - zvládnutí - nadhled - emoční podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - předběžné poučení - podpora v rozhodování - usnadnění při zpracování žalu - vložení naděje - přítomnost - duchovní podpora - systém podpory - povznesení - objasnění hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - doporučení - pravdomlupnost
Zvládnutí úzkosti Definice: individuální činnost k eliminaci nebo redukci pocitu z obav, napětí nebo znepokojení z neidentifikovatelných příčin.	<ul style="list-style-type: none"> - redukce úzkosti - péče o umírající 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - uklidňující techniky - povznesení se - muzikoterapie - přítomnost - jednoduché masáže - jednoduchá relaxační terapie - duchovní podpora - dotek 	<ul style="list-style-type: none"> - léčba přítomností zvířat - aromaterapie - biblioterapie - umožnění meditace - zlepšení spánku
Poklidná smrt Definice: Psychická a fyzická pohoda při nastávajícím konci života	<ul style="list-style-type: none"> - péče o umírajícího - řízení bolesti - přítomnost 	<ul style="list-style-type: none"> - zabezpečení klidu na lůžku, péče o sílu, zlepšení spánku - péče o okolí, komfort - zajištění přítomnosti rodiny - řízená medikace, analgetika řízená stavem pacienta - péče o výživu, monitorace stravování, udržování zdravých úst - polohování, podpora v sebepěči, jednoduché masáže, relaxační terapie - uskutečnění snu 	<ul style="list-style-type: none"> - zabránění aspiraci - celková podpora v hygieně - krmení - léčebný dotek

<p>Skříčenost Definice: Upjatost, melancholická nálada a ztráta zájmu o život.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vštípení naděje - duchovní podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - biblioterapie - péče o umírajícího - citová podpora - medikace - péče o dobré rozpoložení - zlepšení spánku 	<ul style="list-style-type: none"> - léčba přítomností zvířat - muzikoterapie - terapie vzpomínáním - zlepšit podpůrný systém
<p>Důstojný konec života Definice: Individuální činnosti k udržení vnímání během blížícího se konce života.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - podpora v rozhodování - péče o umírajícího 	<ul style="list-style-type: none"> - předběžné vedení - redukce úzkosti - prosazení zapojení rodiny - svolání rodiny a umožnění odpuštění - umožnění vyrovnat se s trápením - asistovaná kontrola analgetik pacientem - ochrana pacientových práv - duchovní podpora - vyjasnění hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - dopomoc ovládat hněv - léčba přítomností zvířat - biblioterapie - podpora ošetřovatelů - emocionální podpora - podpora rodinou - muzikoterapie - léčba vzpomínkami - usnadnění spirituálního růstu - umožnění návštěv
<p>Obavy ze sebekontroly Definice: individuální činnost k eliminaci nebo redukci vyřazující obavy z předtuchy, napětí nebo neklid z nějaké určité příčiny.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zvládání 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - redukce úzkosti - uklidňující techniky - podpora v rozhodování - péče o umírajícího - emocionální podpora - přítomnost - duchovní podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - léčba přítomností zvířat - podpora ošetřovatele - umožnění meditace - vedení bolesti - uskutečnění snu - jednoduchá relaxační léčba
<p>Duševní zdraví Definice: Propojení mezi sebou samým, ostatními, vyšší silou, celým životem, přírodou, vesmírem, který nás přesahuje a posiluje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - umožnění náboženských rituálů - duchovní podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - péče o umírajícího - umožnění odpuštění - překonávat žal - usnadnění spirituálního růstu - objasnění hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> - redukce úzkosti - vkládání naděje - umožnění meditace - přítomnost - umožnění uvědomit si sám sebe

1.5 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI

Lidská existence vždy končí smrtí. Zvykli jsme si, že většina lidí umírá ve stáří. Považujeme za samozřejmé, že nás čeká stáří, pokud možno zdravé stáří a potom teprve někdy smrt, kterou však nebereme vůbec vážně. Sestra musí počítat s tím, že mezi jejími pacienty budou převážně staří lidé, jejichž průměrný věk se bude pravděpodobně stále zvyšovat. Měla by mít proto sama ujasněn vztah ke stáří i vztah ke starému člověku.

Nic není tak absolutně jisté jako to, že když jsme se jednou narodili, tak také zemřeme. Zapomínáme, že jsme smrtelní a že smrt může přijít v kterémkoliv věku a čase. Fakt, že po určité době života přichází smrt, je velice traumatizující. Bylo by těžké žít s neustálou myšlenkou na to, že náš život může kdykoliv skončit, proto lidská psychika přirozeně vytěšňuje fakt časově omezené existence. Nemůžeme si ale dovolit vytěšňovat smrt ze svého života, pokud jsme si zvolili profesi, při které s umírajícími přicházíme denně do styku.⁵⁵

1.5.1 Psychologické přístupy k umírajícím

Nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo dokonce umírajícímu člověku, je velice obtížné a patří asi k vrcholným profesionálním dovednostem sestry nebo lékaře. Zdravotníci však nerespektují právo pacienta na pravdivé informace o jeho zdravotním stavu, protože nejsou připraveni převzít psychologickou péči o člověka, který se ocitá na konci života. Nepravdivé informování se v praxi nejčastěji omlouvá tím, že by nemocný takovou pravdu neunesl. Kdo by neunesl tu pravdu, je zdravotník, který si neosvojil odpovídající způsob komunikace.

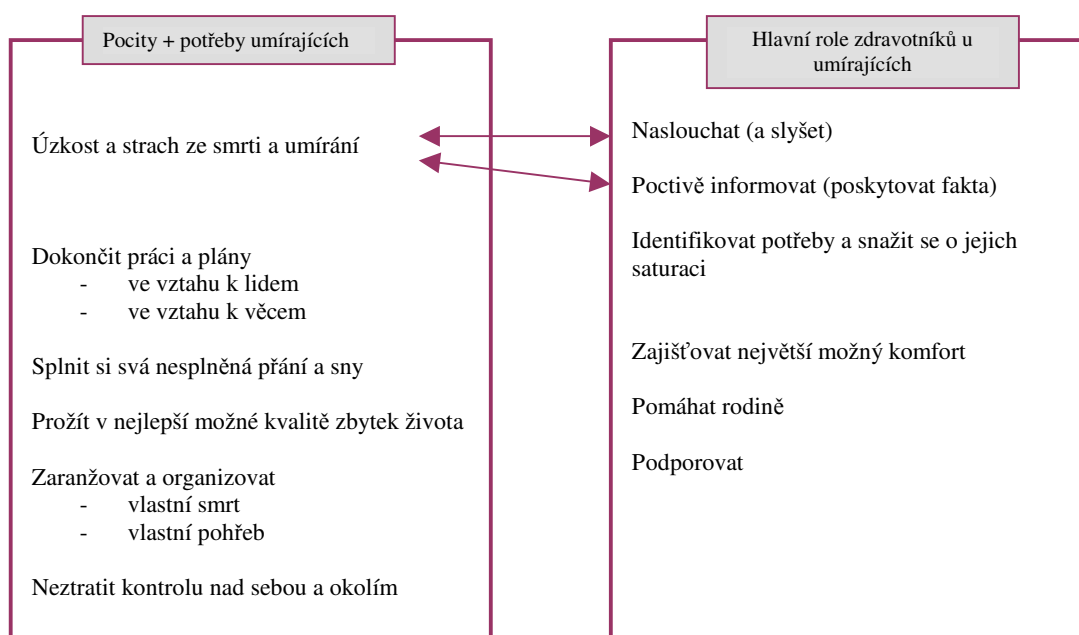
Pokud nemocný informace požaduje, samozřejmě mu je jeho lékař poskytne. Ten si však musí uvědomit, že existují určitá komunikační pravidla, která ovlivňují přijetí informace nemocným. Mezi tyto pravidla patří zodpovězení otázek kde, kdo, kdy a jak budou informace pacientovi sděleny.⁵⁶

⁵⁵ ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., *Speciální psychologie*, s.125-128.

⁵⁶ ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., *Speciální psychologie*, s.133.

1.5.2 Zásady přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím

- pravdivě informovat, pokud pacient tyto informace požaduje
- informace o zdravotním stavu má podávat ošetřující lékař
- každému nemocnému musí zůstat naděje na zlepšení nebo vyléčení, bez naděje se nelze s chorobou vypořádat
- neodhadovat čas, který nemocnému zbývá
- nepoužívat slova, která posilují strach a úzkost, jako jsou nádor, rakovina, zhoubné onemocnění, bolest
- nezapomínat, že prvořadou potřebou umírajících je fyzická přítomnost a přímý tělesný kontakt blízkých osob
- považovat za samozřejmé, že nemocný i jeho rodina nárokují množství času k rozhovoru
- pomáhat rodině i po úmrtí, přiznat čas na truchlení⁵⁷



⁵⁷ ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., *Speciální psychologie*, s. 135.

1.5.3 Emocionální problémy zdravotníků

Práce v paliativní medicíně klade velké nároky na psychiku profesionálního pracovníka. Pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou nervově labilní, nebo osoby s hraniční osobností. Dalším předpokladem je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivost. Pro začátečníka v této práci by měl být kdykoli k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo někdo ze starších pracovníků, kterému by se mohl svěřit se svými problémy. Tento supervizor by mu měl pomoci pochopit jeho motivaci ke zvolené práci a také postoj k vlastní smrti.⁵⁸

Dalším požadavkem na pracovníka v tomto oboru je jeho schopnost komunikace. Od administrativních pracovníků zdravotnického zařízení se vyžaduje alespoň jakési komunikační minimum, to je slušnost, trpělivost, klidné vystupování a seriózní jednání. Ve všech zdravotnických zařízeních by měla platit zásada: omyl lze odpustit, vědomou hrubost a nedbalost nikdy. Je lidské, když někdy nastane selhání v chování na základě únavy, ale pak musí mít pracovník náhled, že nejednal správně a musí se i umět omluvit. Výhodou pro každého pracovníka je dobré rodinné zázemí.⁵⁹

Svou úzkost, kterou si lékaři a sestry zpravidla nechtějí připustit a potlačují ji, řeší nejčastěji omezením komunikace s pacientem a únikem do jiných činností. Někdy je tento únik tak zjevný, že signalizuje kolaps komunikace. Pacient tím trpí a vysvětluje si to pohrdáním svou osobou. Lékaři však projevují nedostatek komunikace nejen s pacienty, ale i s kolegy.

K vážnějším profesionálním deformacím patří citová plochost, která může být buď pouze hraná, nebo projevem skutečného citového otupení. Projevuje se cynismem, beztaktným jednáním, nevhodným vtipkováním i před pacienty, zbytečným, hlasitým, zlehčujícím hovorem o intimních věcech pacientů, personálu a někdy i o svých vlastních. Dotyčný má radost, když tím přivádí okolní osoby do rozpaků.

Nejčastějším emocionálním problémem zdravotnického personálu je syndrom vyhoření.⁶⁰

⁵⁸ BOULECKÝ, Z., et.al, *Psychologické a psychiatrické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné*, s. 59.

⁵⁹ BALINT, M., *Lékař, jeho pacient a nemoc*, s. 67.

⁶⁰ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., *Paliativní medicína*, s. 478-480.

1.5.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření byl původně popsán v americké psychiatrii a definován jako důsledek specifického profesionálního rizika psychiatrů, kteří musí neustále pozorovat, přijímat a pracovat s různými pocity svých pacientů.

Později bylo opakovaně doloženo, že syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven velké emotivní psychické zátěži. Se syndromem vyhoření se pravidelně setkáváme u zdravotníků, učitelů a všech, kteří pracují s lidmi.

Ve všech uvedených profesích se předpokládá zájem o druhého člověka, v pomáhajících profesích pak značná schopnost empatie. Míra empatie je vrozená, lze ji však kultivovat. Zdravotník by se měl umět vcítit do pocitů nemocného, o kterého se stará, ale měl by se jich umět také zbavit. Nácvik identifikačních a reidentifikačních technik je nutné svěřit odborníkům, tedy psychologům. Technicky dobře zvládnutá empatie snižuje sice riziko syndromu vyhoření, ale nevylučuje ho. Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou zájmů i citů, a to nejen vůči pacientům, ale i vůči rodině, přátelům a kolegům. Někdy dochází k úvahám o správnosti volby povolání a o tom, jestli můžeme druhému člověku vůbec pomoci.

Syndrom vyhoření se projevuje častější absencí na pracovišti a vzrůstá počet pacientů, kteří rezignují. Vyhořelý profesionál zkracuje dobu, kterou tráví s nemocnými, na minimum a naopak vítá nejen účast na konferencích a schůzích, ale dokonce se s jistou radostí věnuje administrativní práci. Zdravotní sestry používají slova a obraty, kterými devalvují pacienty zesměšňují kolegy nebo další osoby a zaujímají četné obranné postoje. Pro všechny profesní kategorie platí, že osoby, které se nacházejí v syndromu vyhoření, trpí úzkostí a hněvem, na druhé lidi se dívají s nedůvěrou a mají tendenci u nich hledat jen špatné vlastnosti.

Syndrom vyhoření vzniká pravidelně a většinou se rozvíjí za 2-5 let po nástupu do zaměstnání. Na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů. Pokud je málo personálu a v důsledku toho nelze odvést práci v požadované kvalitě, syndrom vyhoření vznikne rychleji. Je-li naopak zvolená specializace mimořádně technicky náročná, soustředí se pracovník na zvládnutí instrumentální stránky péče a oddálí tím vznik syndromu vyhoření.

Přestože existují velké individuální rozdíly v psychických dispozicích, lze konstatovat, že syndrom vyhoření hrozí každému, a téměř u všech se v různé míře projeví. Vyhořelý pracovník je zdánlivě autentický, žije ve zdánlivě dobrých mezilidských vztazích, setrvává ve zdánlivých přátelstvích a je zdánlivě tolerantní. Námaha spojená s dodržováním formálního pořádku je obrovská a stojí více sil než vykonání daných úkolů.

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je namáhavá a psychicky zatěžující. Ideální je prevence, která zahrnuje nejen důslednou duševní hygienu, ale i kvalitní přípravu na specifika práce s umírajícími. V souvislosti se syndromem vyhoření je důležité vědět, jak se projevuje a jakým způsobem je možné ho léčit. Syndrom vyhoření probíhá v několika fázích.

Fáze syndromu vyhoření

- **Naděšení** – velké naděje, nerealistická očekávání, idealismus, elán do práce
- **Stagnace** – střet s realitou, člověk je donucen slevit ze svých ideálů
- **Frustrace** – pocity zklamání a marnosti týkající se efektivity a smyslu pracovní činnosti.
- **Apatie** – člověk dělá pouze to, co musí. Dehumanizace – ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Tato ztráta vede k „zvěcnění“ sociálního světa, člověk se dívá na lidi jako na věci, na materiál. Necitlivé a necitelné chování, cynismus, ironie a sarkasmus. Ztráta úcty k vlastnímu životu.
- **Intervence** – cokoliv, co vede k přerušování vyhořívání.

Pokud je zdravotník právě vyhořelý, je vhodné ho přeložit na jiné, méně stresující oddělení, s vědomím, že nejméně půl roku musí být člověk mimo traumatizující prostředí, aby byl schopen se vrátit a viděl své problémy jinak.⁶¹

⁶¹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 155-157.

1.5.5 Duševní hygiena

Psychohygiena je obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví. Pomáhá k tomu soubor opatření, postupů a poznatků o způsobu života a chování, které umožňují zachovat si a udržet psychosomatické zdraví.

Základním pojmem duševní hygieny je pojem duševního zdraví, pod kterým chápeme dosažení ideálního stavu, který je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny. Dalším pojmem je správná adaptace, jde o proces, kterým se dosahuje duševního zdraví. Průběh této adaptace je ovlivňován stresory, které přinášejí zvýšenou zátěž. S tím dále souvisí také frustrace, respektive frustrující podněty, které maří potřeby jedince a tím ztěžují jeho adaptaci. Tuto frustraci můžeme potlačit kromě úpravy životosprávy svých sociálních vztahů také autoregulací (sebevýchovou) jedince a aplikací speciálních uklidňovacích cvičení, jako například jsou:⁶²

- 1) **Spontánní svalová relaxace** - V běžném životě člověk provádí spontánní relaxaci - uvolňování tenze - obvykle ve chvílích svého odpočinku; spánek například nemůže nastoupit, dokud tenze neklesla pod určitou hranici.
- 2) **Autogenní trénink J.H. Schultze** - Schultzův autogenní trénink je jedním z nejčastěji používaných a také nejúspěšnější relaxační cvičení. Cvičení využívá objektivního uklidňujícího účinku svalové relaxace, autosuggestivní cestou navozených představ klidu, koncentrace na citově indiferentní podněty, pravidelného dýchání atd.⁶³

Duševní zdraví můžeme definovat dvojím způsobem:

- 1) Užší pojetí ztotožňuje duševní zdraví s nepřítomností příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace.
- 2) Širší pojetí duševního zdraví nezdůrazňuje nepřítomnost poruch, ale naopak se snaží charakterizovat, popsat jevy optimálního duševního zdraví, což splývá s popisem optimální životní adaptace.

⁶² CHAMOUTOVÁ, K., *Duševní hygiena*, s. 4-7.

⁶³ CHAMOUTOVÁ, K., *Duševní hygiena*, s. 137.

Pod pojmem adaptace v psychologii chápeme proces, v němž se osobnost jedince přizpůsobuje měnícím se podmínkám svého vnějšího prostředí a svého vnitřního, subjektivního světa. Duševní rovnováha jedince zpravidla úzce souvisí s jeho zdravím tělesným. Pracovník se známkami nevyrovnanosti podává ve své profesi podstatně nižší výkon nebo se neúměrně vyčerpává, stresuje lidi kolem sebe a přispívá k jejich nevyrovnanosti.⁶⁴

Obecné zásady duševní hygieny jsou dostatečně známy. Vzhledem k reálné existenci syndromu vyhoření je nutné zdůraznit potřebu dostatečného a pravidelného odpočinku, ovládání principů asertivní strategie.

Život člověka moderní doby je poznamenán shonem, neklidem, velkým množstvím podnětů, které je nucen zvládat. U mnoha lidí se vytváří napětí, tenze, které mají tendenci se hromadit. Jedinec, který se nedokáže zbavit svého napětí, stává se přístupnějším negativním vlivům a dochází k dalšímu zvyšování napětí. Je důležité se vyrovnat se svými vlastními starostmi, existuje několik způsobů, jako například:

1. Objektivizace starostí
2. Racionalizace a relativizace vlastních starostí, srovnání se starostmi druhých, bagatelizace
3. Aktivní řešení, případně odstranění příčin starostí
4. Interferenční řešení (zapomenutí při intenzivní práci, myšlení na něco jiného)
5. Citové přeladění (pohled z humorné stránky, odreagování, relaxace)
6. Úniková řešení (odklad termínu řešení na neurčito, ignorování starostí)⁶⁵

I při vysokém pracovním zatížení je třeba udržovat kontakty s lidmi mimo obor a nezapomínat na stará přátelství. Je potřeba pravidelně chodit do přírody, nezříkat se návštěv výstav, kin... Pokud má zdravotník koníčka, měl by ho rozvíjet, i když lze připustit redukci času, který může při časově náročném povolání věnovat.⁶⁶

⁶⁴ CHAMOUTOVÁ, K., *Duševní hygiena*, s. 13.

⁶⁵ KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., *Duševní hygiena zdravotní sestry*, s. 30.

⁶⁶ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 157.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

- Cíl 1
 - Zjistit vědomosti sester o problematice diagnostikování úzkosti ze smrti u pacientů.

- Cíl 2
 - Zjistit, jaké používají sestry hodnotící nástroje k zjištění této diagnózy

- Cíl 3
 - Zjistit jaké intervence plánují sestry u svých pacientů

- Cíl 4
 - Zjistit, zda péče o pacienty, kteří trpí úzkostí ze smrti, zatěžuje sestry fyzicky nebo psychicky

- Cíl 5
 - Sestavit edukační program pro sestry na téma: Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza č. 1:

H₀₁ – Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti nebude ovlivněn délkou praxe v charitní ošetrovatelské péči.

H_{A1} - Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti bude ovlivněn délkou praxe v charitní ošetrovatelské péči.

Hypotéza č. 2:

H₀₂ – Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti nebude ovlivněn sebevzděláváním v této problematice.

H_{A2} - Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti bude ovlivněn sebevzděláváním v této problematice.

Hypotéza č. 3:

H₀₃ – Předpokládáme, že ochota získávat informace o této problematice nebude ovlivněna věkem.

H_{A3} - Předpokládáme, že ochota získávat informace o této problematice bude ovlivněna věkem.

Hypotéza č. 4:

H₀₄ – Předpokládáme, že náboženské vyznání sester je nebude ovlivňovat při péči o klienty trpící úzkostí ze smrti.

H_{A4} - Předpokládáme, že náboženské vyznání sester je bude ovlivňovat při péči o klienty trpící úzkostí ze smrti.

2.3 Metodika práce

2.3.1 Metodika výzkumného šetření

Ke splnění cílů 1-4, byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje pečlivě formulované otázky, které byly vytvořeny k získání údajů potřebných pro výzkumné šetření. V dotazníku byly mimo jiné zjišťovány demografické údaje, délka praxe, náboženské přesvědčení respondentů...

V dotazníku byly použity tyto položky:

- UZAVŘENÉ – vyznačuje se tím, že u nich respondentům předkládáme vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Respondent vybírá jednu i více možností.
- POLOUZAVŘENÉ – respondentům se předkládá několik možností, z nichž jednu vybírá. Pokud mu nevyhovuje žádná z odpovědí, dopíše svou vlastní odpověď.
- OTEVŘENÉ – nenavrhují respondentovi žádné možné odpovědi. Musí je napsat sám.⁶⁷

Dotazník obsahuje celkem 16 číslovaných položek. Vyplňování dotazníku bylo anonymní a dobrovolné.

2.3.2 Charakteristika respondentů

Zkoumaný soubor tvořili pracovníci charitní ošetrovatelské péče. Pro šetření byl použit soubor 100 respondentů, kteří vykazovali tuto charakteristiku:

- respondenti mužského i ženského pohlaví
- pracovník charitní ošetrovatelské péče
- všeobecná sestra, pracující bez odborného dohledu

⁶⁷ CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*, s. 90-99.

2.3.3 Organizace výzkumného šetření

Připravená verze dotazníku byla před Mgr. Heleně Kisvetrové, pro úpravu jednotlivých položek.

Po vytvoření dotazníku, bylo provedeno pilotní šetření. Realizace pilotní studie se uskutečnila od 16. 11. 2009 do 20. 11. 2009, zúčastnilo se jí 5 jedinců vykazující znaky cílové skupiny. Tato studie se prováděla za účelem ověření srozumitelnosti jednotlivých položek. Všechny položky dotazníku byly srozumitelné. Dotazník nemusel být upravován.

Dalším krokem bylo získání písemného potvrzení souhlasu k provedení výzkumného šetření v charitách, které poskytují ošetrovatelskou péče. Po potvrzení žádosti ve společnostech, kde si to vyžádalo vedení, byly dotazníky rozdány. Potvrzené žádosti jsou součástí příloh diplomové práce.

Výzkumné šetření proběhlo v následujících zařízeních charitní ošetrovatelské péče: Charita Olomouc, Přerov, Prostějov, Šumperk, Šternberk, Litovel, Uničov, Konice, Hranice, Lipník nad Bečvou, Kojetín, Kroměříž

Sběr dat byl zahájen začátkem prosince roku 2009 a ukončen byl v lednu roku 2010. Ze 120 rozdaných dotazníků, se mi vrátilo 105 a 5 dotazníků bylo pro neúplnost vyřazeno. Návratnost dotazníků byla 87,5%.

2.3.4 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Dotazníky byly při zpracování očíslovány v pořadí od 1 do 100. Statistické zpracování proběhlo na počítači, v tabulkovém editoru, do četnostních tabulek.

Vypočítaná relativní četnost pozorovaných jevů byla znázorněna grafickou úpravou. Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

f_i – relativní četnost

n_i – absolutní četnost

n – celková četnost

$$f_i = \frac{n_i}{\Sigma}$$

Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v % a výsledek se násobí 100. V práci jsou použity koláčové grafy a sloupcové grafy. Při konstrukci tabulek byl

použit textový editor Microsoft Word, při konstrukci grafů byl použit tabulkový editor Microsoft Excel.

2.3.5 Zpracování hypotéz

Pro testování hypotéz byly zvoleny kontingenční tabulky s χ^2 testem nezávislosti.

Sledujeme-li dva statistické znaky, získáme orientační představu o jejich závislosti tak, že zjištěné údaje uspořádáme do dvourozměrné tabulky. Je to tabulka, v jejíž legendě jsou uvedeny varianty jednoho znaku, v hlavičce varianty druhého znaku a v jednotlivých políčkách četnosti kombinací variant obou znaků. Tyto četnosti nazýváme pozorované (empirické) četnosti a značíme je n_{ij} . Konkrétně n_{ij} označuje empirickou četnost v i -tém řádku a j -tém sloupci tabulky. V posledním sloupci tabulky se uvádějí řádkové součty $n_{i\cdot}$ a v posledním řádku sloupcové součty $n_{\cdot j}$ empirických četností.

Dvourozměrná tabulka pro kvalitativní znaky se nazývá kontingenční tabulka, pro kvantitativní znaky pak tabulka korelační. Pro ověření závislosti statistických znaků uspořádaných jak v kontingenční, tak i korelační tabulce existuje chí-kvadrát test nezávislosti dvou znaků. Tento test patří mezi neparametrické metody, to znamená, že nevyžaduje znalost rozdělení zkoumaných statistických proměnných.

Při chí-kvadrát testu nezávislosti tvrdí hypotéza H_0 , že sledované znaky jsou nezávislé, alternativní hypotézou H_1 je pak hypotéza o jejich závislosti. K posouzení, zda empirické četnosti n_{ij} jsou či nejsou v rozporu s hypotézou H_0 o nezávislosti obou znaků, je třeba zkonstruovat tzv. teoretické (očekávané) četnosti e_{ij} , tj. četnosti, které by tabulka při stejných okrajových četnostech (řádkových a sloupcových součtech jednotlivých políček tabulky uvedených v jejích okrajích) obsahovala v případě nezávislosti sledovaných znaků.

Na rozdílech $n_{ij} - e_{ij}$ je pak založeno testové kritérium

$$K = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}},$$

v stupních volnosti, přičemž

$$v = (r - 1) (c - 1).$$

Hypotéza H_0 o nezávislosti se pak zamítá na hladině významnosti α , je-li

$$K \geq \chi^2_{1-\alpha; (r-1)(c-1)},$$

2.3.6 Metodika k tvorbě edukačního programu

Dle získaných údajů z dotazníkového šetření byl vytvořen edukační program na téma: Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Jako struktura posloužily některé otázky z dotazníku.

2.4 Interpretace výsledků

2.4.1 Interpretace výsledků z dotazníkového šetření

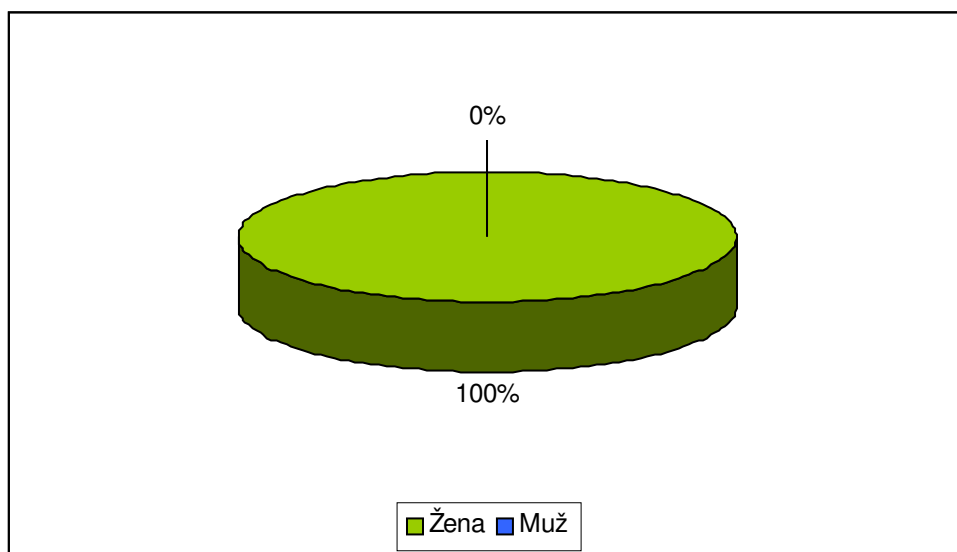
Položka dotazníku č. 1: Pohlaví respondentů

U souboru respondentů bylo zjišťováno pohlaví. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů bylo 100 (100 %) žen a 0 (0 %) mužů.

Tabulka č. 5 Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	100	100 %
Muž	0	0 %
celkem	100	100 %

Graf č. 1 Pohlaví



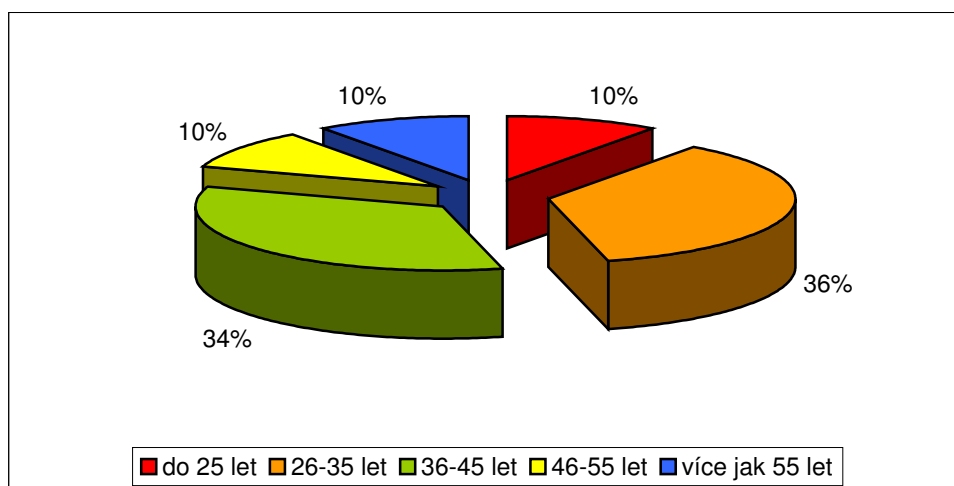
Položka dotazníků č. 2: Věk respondentů

U souboru respondentek všeobecných sester byla zjišťovaná věková kategorie. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek do kategorie 25 let spadá 10 (10 %) respondentek, kategorii 26-35 let uvedlo nejvíce respondentek 36 (36 %), hned druhou nejpočetnější kategorií byla věková hranice 36-45 let, tu uvedlo 34 (34 %) respondentek. 10 (10 %) respondentek se zařadilo do kategorie 46-55 let a dalších 10 (10 %) respondentek uvedlo kategorii více jak 55 let.

Tabulka č. 6 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 25 let	10	10 %
26-35 let	36	36 %
36-45 let	34	34 %
46-55 let	10	10 %
více jak 55 let	10	10 %
celkem	100	100 %

Graf č. 2 Věk respondentů



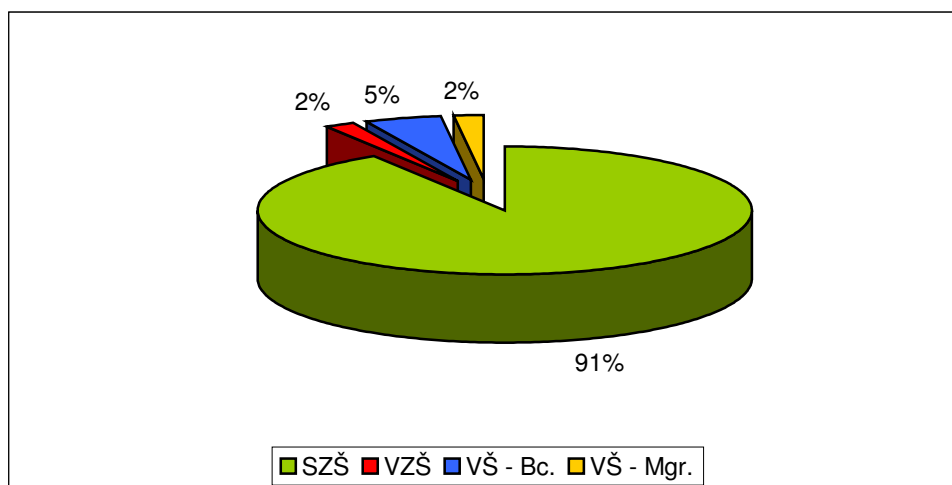
Položka dotazníků č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání. Vzdělání pouze na SZŠ uvedlo 91 (91 %) respondentek, VZŠ mají vystudovanou 2 (2 %) dotázané, VŠ – Bc. vystudovalo 5 (5 %) respondentek a VŠ – Mgr. vystudovaly 2 (2 %) respondentky.

Tabulka č. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	91	91 %
VZŠ	2	2 %
VŠ - Bc.	5	5 %
VŠ - Mgr.	2	2 %
celkem	100	100 %

Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



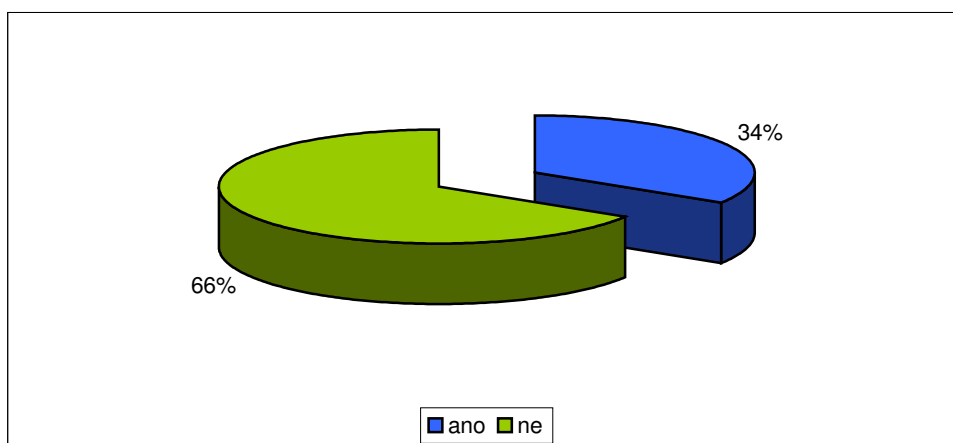
Položka dotazníku č. 4: *Jste věřící*

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno náboženské vyznání. Z celkového počtu 100 respondentek uvedlo 34 (34 %) že jsou věřící, z toho 66 (66 %) uvedlo, že jsou nevěřící.

Tabulka č. 8 Víra

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	34	34 %
ne	66	66 %
celkem	100	100 %

Graf č. 4 Víra



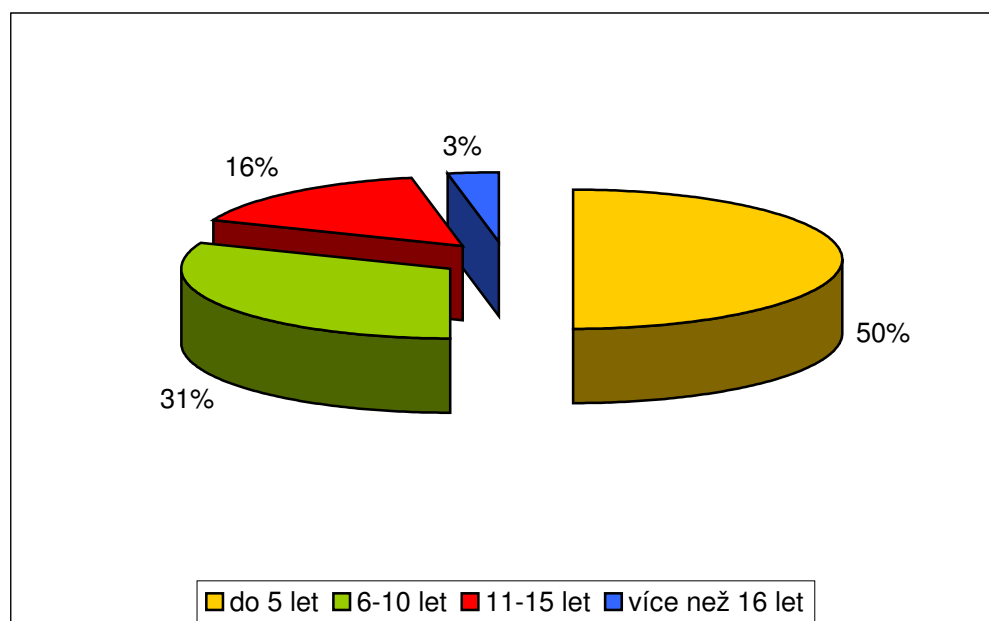
Položka dotazníku č. 5: Jak dlouho pracujete v charitě

U souboru respondentek všeobecných sester byla zjišťována délka praxe v charitě. Nejvíce respondentek 50 (50 %) uvedlo délku praxe v charitě do 5 let. 31 (31 %) z nich uvedlo, že v charitě pracují mezi 6 a 10 roky. 16 (16 %) napsalo 11-15 let praxe v charitě a pouze 3 (3 %) pracují v charitě déle jak 16 let.

Tabulka č. 9 Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 let	50	50 %
6-10 let	31	31 %
11-15 let	16	16 %
více než 16 let	3	3 %
celkem	100	100 %

Graf č. 5 Délka praxe



Položka dotazníku č. 6: *Jak byste definovali úzkost ze smrti*

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, zda umí správně definovat úzkost ze smrti. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo správnou definici 64 (64 %) a 36 (36 %) uvedlo nesprávnou definici nebo ji nedefinovaly vůbec.

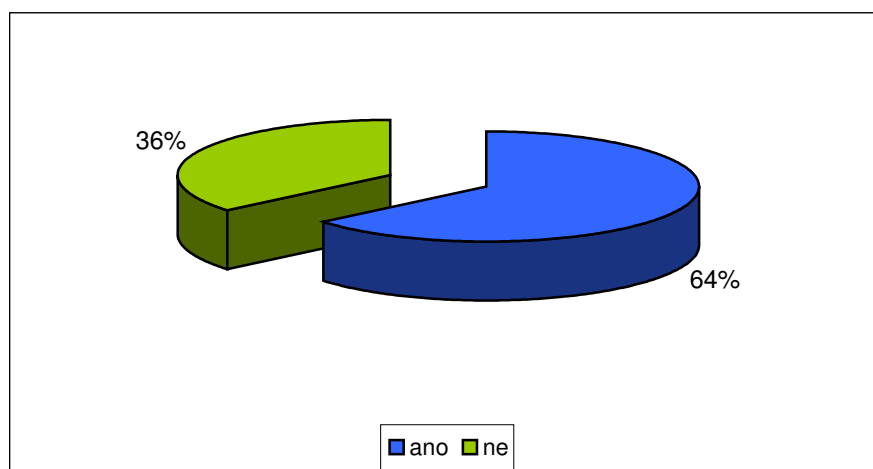
Nejčastější definice úzkosti ze smrti uváděné sestrami:

- Předtucha smrti, obava či strach ze smrti nebo umírání
- Strach z toho co mě čeká, co bude s okolím, když zemřu
- Obava z příštích dnů, strach z bolesti při umírání
- Strach z neznáma, neví, co bude, když zemře, obava ze setkání s Bohem
- Nepříjemný emoční stav z neznáma, doprovázený tělesnými i psychickými projevy
- Pocit beznaděje a osamocení při uvědomování si nevyhnutelné smrti
- Pocit strachu z opuštěnosti, z neznáma, z tělesného utrpení při umírání

Tabulka č. 10 Správnost definice

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	64	64 %
ne	36	36 %
celkem	100	100 %

Graf č. 6 Správnost definice



Položka dotazníku č. 7 Na základě jakých příznaků se domníváte, že pacient úzkost ze smrti prožívá

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, jestli určují správné příznaky této diagnózy u svých pacientů a na základě kterých se rozhodnou, zda pacient prožívá diagnózu Úzkost ze smrti. Správnost příznaků byla porovnávána s dostupnou literaturou Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2009-2011, 2009. Z celkového počtu 100 (100%) respondentek uvedlo správné příznaky 89 (89%) z nich a pouze 11 (11%) uvedlo nesprávné příznaky nebo nenapsaly žádné.

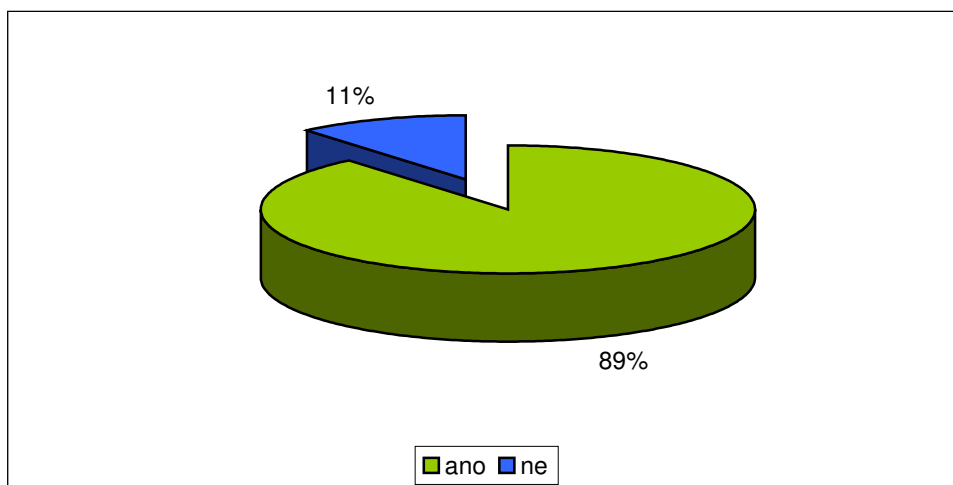
Nejčastější odpovědi uváděné sestrami:

- některé sestry rozdělily příznaky na tělesné a psychické
- plačtivost
- úzkost, strach
- uzavřenost
- citová labilita
- apatie
- sklíčenost
- podrážděnost
- rozhovor na téma smrti
- sděluje strach z průběhu umírání
- tělesné projevy úzkosti
- pocit bezmoci, beznaděje
- verbalizace problému

Tabulka č. 11 Správně určené příznaky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	89	89 %
ne	11	11 %
celkem	100	100 %

Graf č. 7 Správně určené příznaků



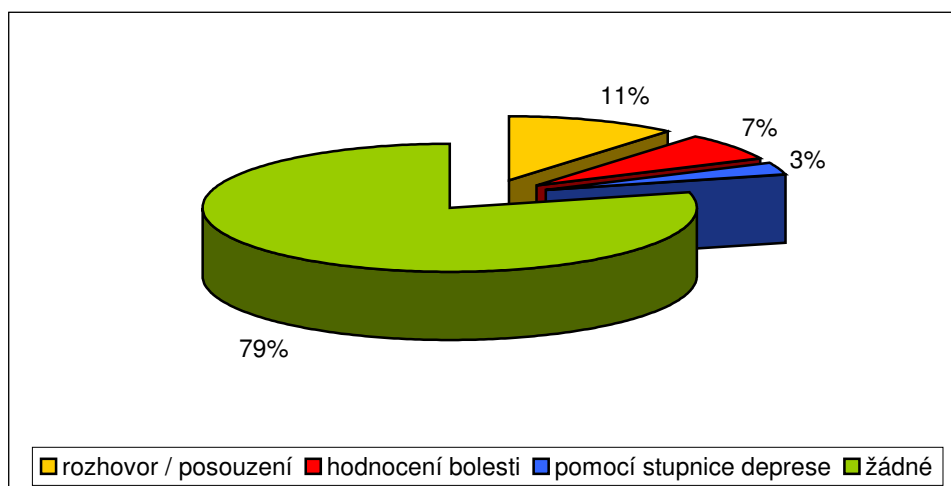
Položka dotazníku č. 8 *Jaké hodnotící nástroje používáte ke stanovení ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti*

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, zda používají nějaké hodnotící nástroje ke stanovení ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 11 (11 %), že k diagnostice používají pouze rozhovor, dalších 7 (7 %) sester uvedlo, že používají VAS škálu k hodnocení bolesti. 3 (3 %) sestry ke stanovení diagnózy používají stupnici deprese a největší počet respondentek, a to 79 (79 %) uvedlo, že nepoužívají žádné hodnotící nástroje.

Tabulka č. 12 Typy hodnotících nástrojů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhovor	11	11 %
hodnocení bolesti	7	7 %
pomocí stupnice deprese	3	3 %
žádné	79	79 %
celkem	100	100 %

Graf č. 8 Typy hodnotících nástrojů



Položka dotazníku č. 9: *Jakým způsobem řeší diagnózu Úzkost ze smrti*

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, jestli provádí intervence k zlepšení stavu pacienta a případně odstranění ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 76 (76 %), že provádí intervence k zlepšení stavu a vypsaly je. 24 (24 %) nevedlo žádné intervence.

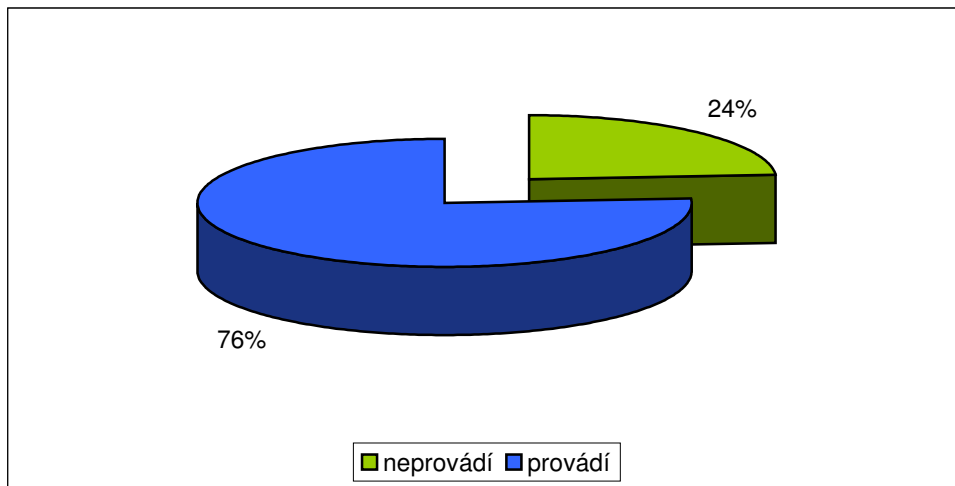
Nejčastější intervence uváděné sestrami:

- zajistit pohovor s duchovním
- spolupráce s ošetřujícím lékařem, informovat o změnách
- aplikace léku dle ordinace
- psychická i duchovní podpora klienta a jeho rodiny
- vlídný, chápající rozhovor – snaha zmírnit obavy
- zajistit klidné prostředí
- vyslechnout + neverbální kontakt
- zapojit do péče blízké, motivovat je
- vhodně zabavit klienta, dle jeho možností
- empatie
- umožnit vyjádření klienta, jak by nastalou situaci chtěl řešit
- zajistit přítomnost někoho, aby nezůstal sám se svými myšlenkami
- aktivně samotného pacienta zapojit do péče
- edukace rodiny jak se chovat k umírajícímu

Tabulka č. 13 Intervence k diagnóze Úzkost ze smrti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
neprovádí	24	24 %
provádí	76	76 %
celkem	100	100 %

Graf č. 9 Intervence k diagnóze Úzkost ze smrti



Položka dotazníku č. 10: Máte zájem o informace vztahující se k problematice Úzkosti ze smrti u pacientů

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, zda mají zájem se dále vzdělávat v této problematice. Z celkového počtu 100 (100 %) uvedlo 85 (85 %), že si nějakým způsobem rozšiřují vědomosti, ať účastní na seminářích nebo samostudiem. 15 (15 %) respondentek uvedlo, že nemají zájem získávat další informace o této problematice.

Z celkového počtu 85 (100 %) uvedlo 30 (35 %) respondentek, že navštěvují semináře věnující se této problematice. 16 (19 %) sester uvedlo, že by rády získávaly další informace, ale nemohou najít žádné semináře, které by se věnovaly úzkosti ze smrti. 28 (33%) respondentek napsalo, že se dále vzdělávají přes internet a 11 (13 %) se vzdělává samostudiem odborné literatury.

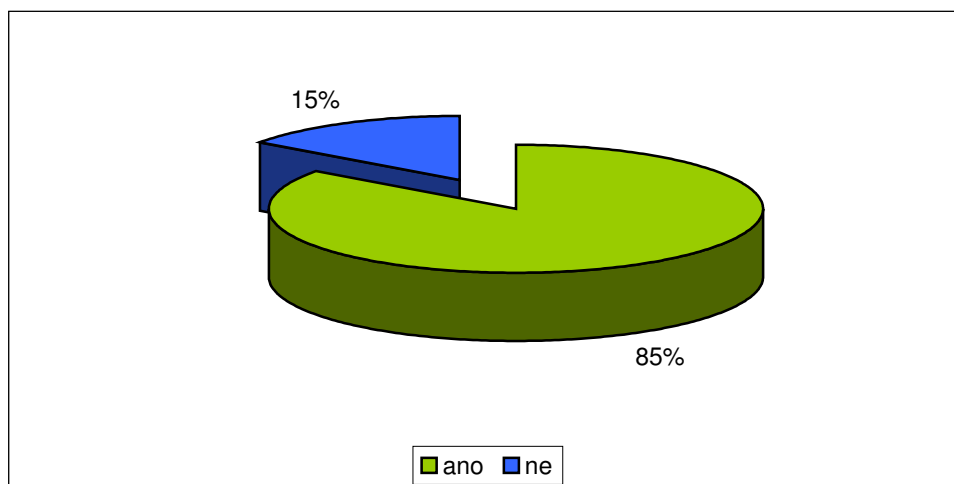
Tabulka č. 14 Zájem získávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	85	85 %
ne	15	15 %
celkem	100	100 %

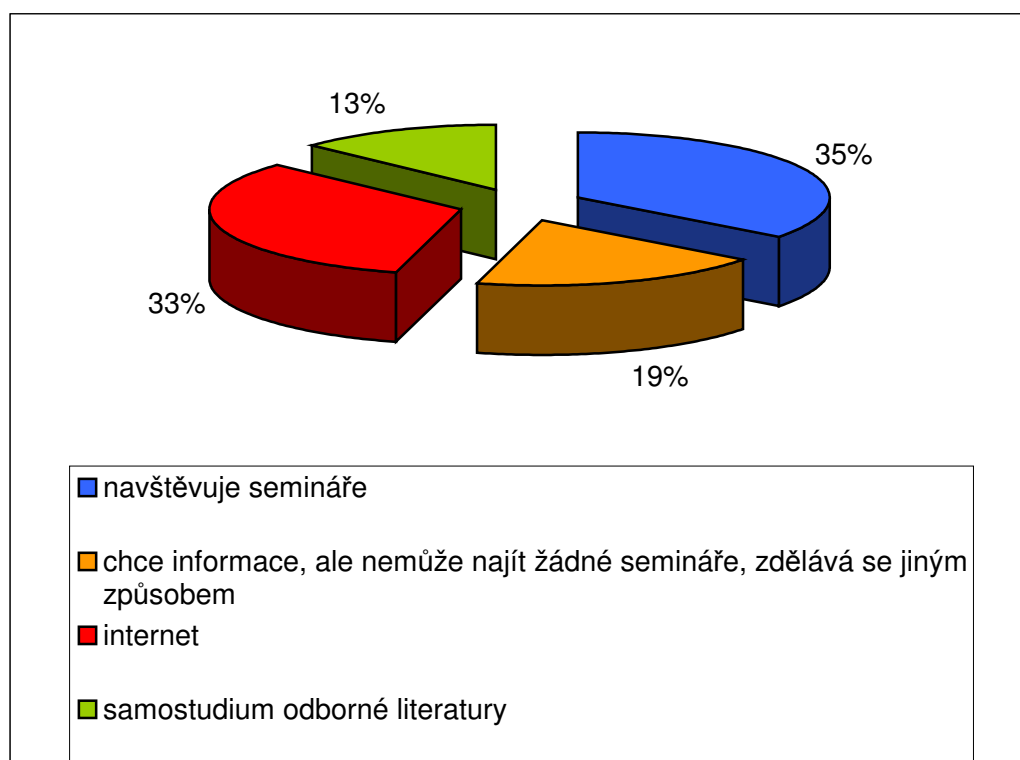
Tabulka č. 15 Způsob získávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
navštěvuje semináře	30	35 %
chce informace, ale nemůže najít žádné semináře, vzdělává se jiným způsobem	16	19 %
internet	28	33 %
samostudium odborné literatury	11	13 %
celkem	85	100 %

Graf č. 10 Zájem získávání informací



Graf č. 11 Způsob získávání informací



Položka dotazníku č. 11: Pokud jste odpověděla ano na předchozí otázku, jak využíváte vědomosti nebo dovednosti v praxi

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, jestli získané vědomosti nebo dovednosti využijí v praxi. Z celkového počtu 85 (100 %) respondentek, které uvedly, že se dále vzdělávají, uvedlo 24 (28 %), že nově získané vědomosti v praxi využijí. 61 (72 %) sester uvedlo, že tyto informace dále nevyužívá.

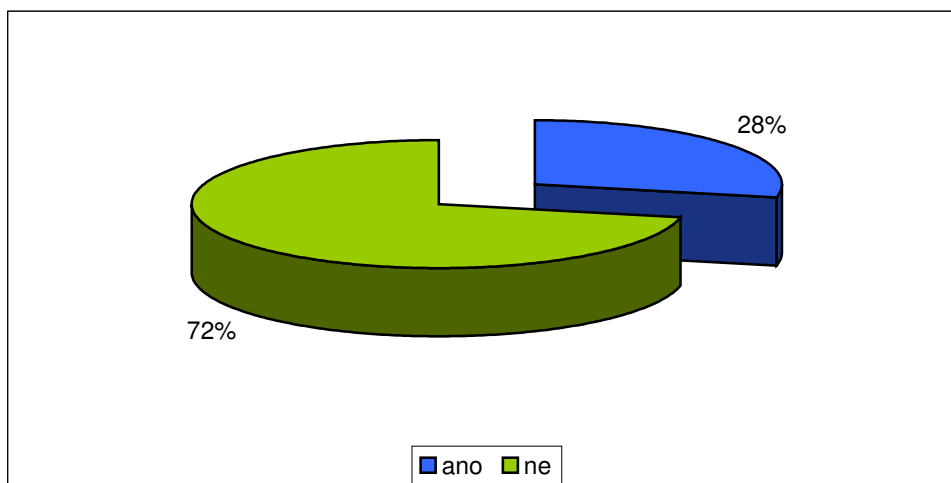
Nejčastější využití v praxi uváděné sestrami:

- komunikační dovednosti
- dovednosti a vědomosti jak pečovat o tyto klienty
- jakým způsobem podporovat tyto klienty
- prevence vyhoření, využití pro sami sebe

Tabulka č. 16 Využití vědomostí / dovedností v praxi

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	24	28 %
ne	61	72 %
celkem	85	100 %

Graf č. 12 Využití vědomostí / dovedností v praxi



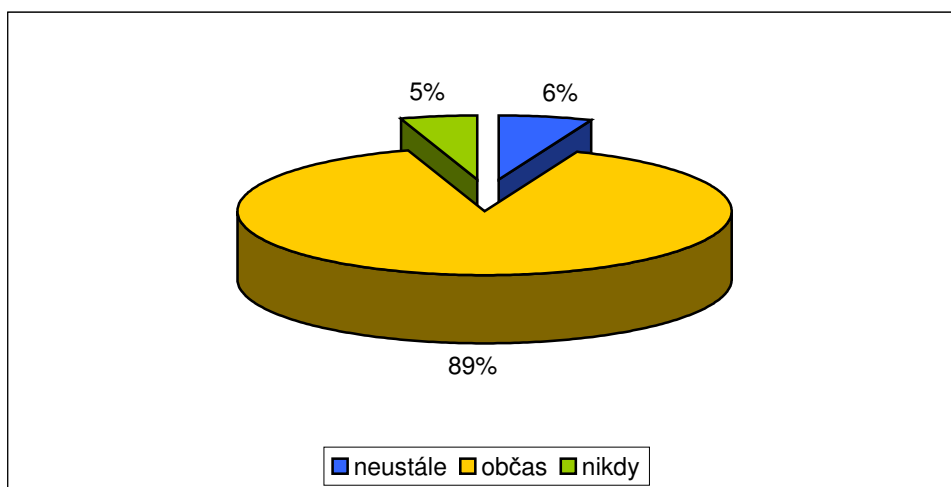
Položka dotazníku č. 12: *Jak často pracujete s pacientem, u kterého se vyskytuje diagnóza Úzkost ze smrti*

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, jak často je pacient u kterého se vyskytuje úzkost ze smrti, v jejich péči. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo 6 (6 %) sester, že tyto pacienty má neustále ve své péči. 89 (89 %) respondentek se o tyto pacienty stará občas a 5 (5 %) sester se o pacienty, kteří trpí ošetrovatelskou diagnózou Úzkost ze smrti, nestarají nikdy.

Tabulka č. 17 *Jak často pracuje s pacientem, u kterého je tato diagnóza*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
neustále	6	6 %
občas	89	89 %
nikdy	5	5 %
celkem	100	100 %

Graf č. 13 *Jak často pracuje s pacientem, u kterého je tato diagnóza*



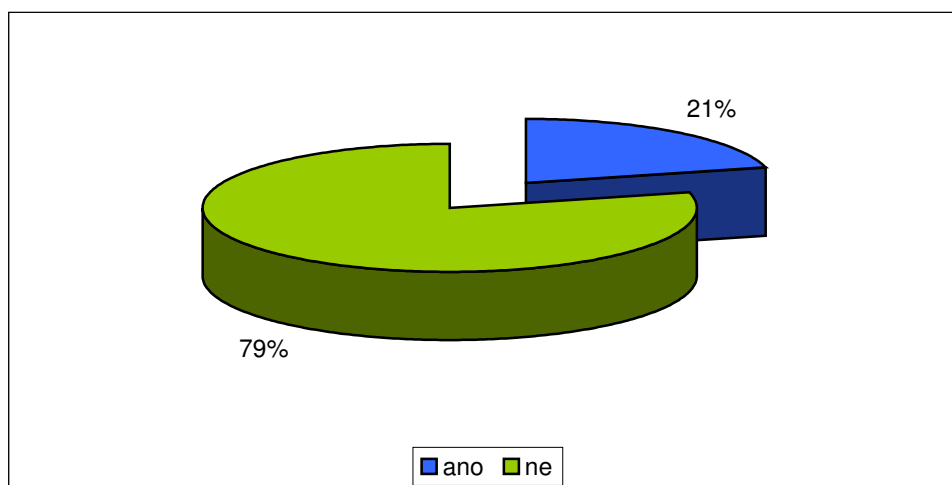
Položka dotazníku č. 13: Používáte u svých pacientů ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, zda u svých pacientů trpících úzkostí ze smrti, používají ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek tuto diagnózu u svých pacientů používá pouze 21 (21 %) sester. 79 (79 %) respondentek uvedlo, že ji nepoužívají.

Tabulka č. 18 Používání diagnózy Úzkost ze smrti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	21	21 %
ne	79	79 %
celkem	100	100 %

Graf č. 14 Používání diagnózy Úzkost ze smrti



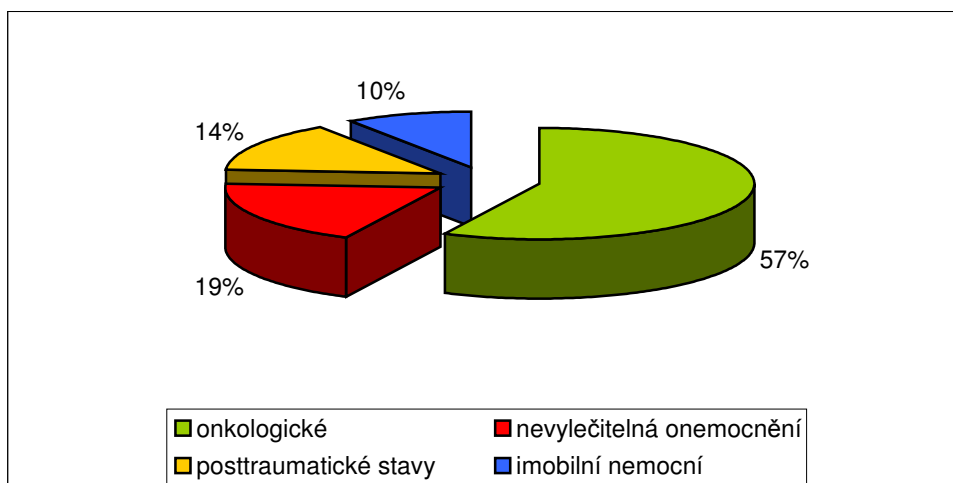
Položka dotazníku č. 14: Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, u jakých klinických diagnóz se nejčastěji vyskytuje

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, u jakých klinických diagnóz, ošetrovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti používají. Z celkového počtu 21 (100 %) sester, které tuto ošetrovatelskou diagnózu používají, uvedlo 12 (57 %), že ji vedou u pacientů, kteří jsou postiženi nějakým typem onkologického onemocnění. 4 (19 %) respondentky uvedly, že ji používají u pacientů s nevléčitelným onemocněním. 3 (14 %) respondentky uvedly, že ji používají u pacientů, kteří trpí posttraumatickými stavy a 2 (10 %) sestry ji používají u pacientů, kteří jsou imobilní.

Tabulka č. 19 Klinické diagnózy, u kterých se vyskytuje diagnóza Úzkost ze smrti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
onkologické	12	57 %
nevléčitelná onemocnění	4	19 %
posttraumatické stavy	3	14 %
imobilní nemocní	2	10 %
celkem	21	100 %

Graf č. 15 Klinické diagnózy, u kterých se vyskytuje diagnóza Úzkost ze smrti



Položka dotazníku č. 15: *Dělá Vám potíže pečovat o tyto pacienty*

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, zda péče o tyto pacienty jim dělá nějaké problémy. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo pouze 7 (7 %) sester, že jim péče o pacienty trpící úzkostí ze smrti dělá problémy. 93 (93 %) respondentek tvrdí, že nemají problém pečovat o tyto pacienty.

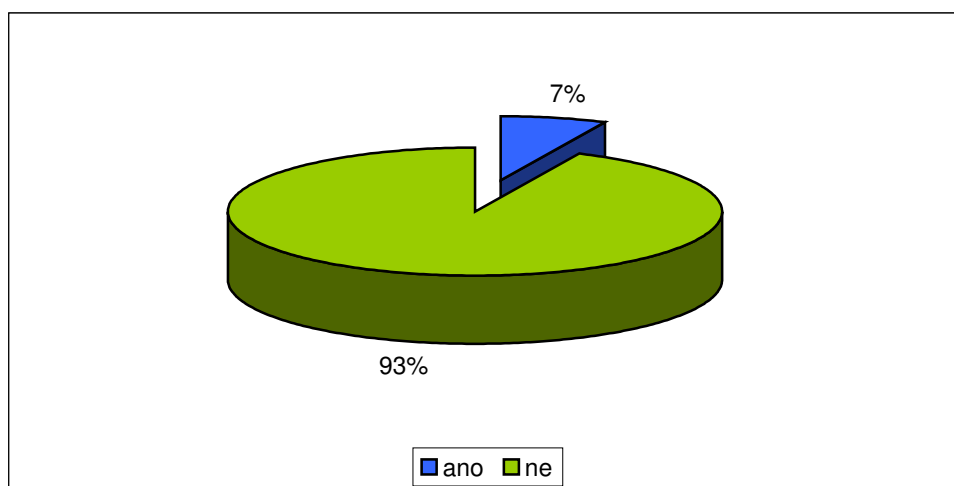
Nejčastější potíže uváděné sestrami:

- psychické problémy – uvědomění si smrtelnosti
- nevím jak reagovat na položené otázky
- nejistota v komunikaci s rodinou i samotným klientem
- je „nepříjemné“ se dívat na pacienta, který umírá
- časová náročnost

Tabulka č. 20 Potíže při pečování o tyto pacienty

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	7	7 %
ne	93	93 %
celkem	100	100 %

Graf č. 16 Potíže při pečování o tyto pacienty



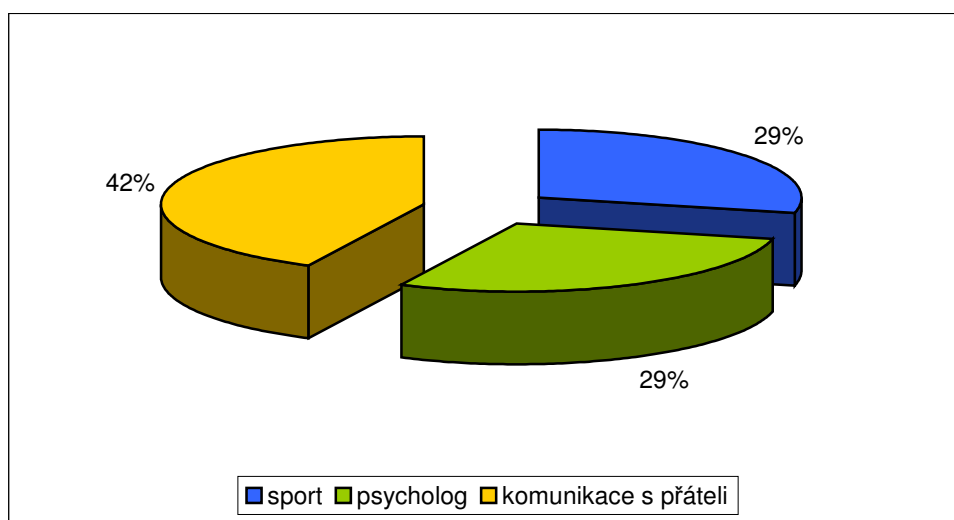
Položka dotazníku č. 16: Pokud jste odpověděla na předchozí otázku ano, jak tyto problémy řešíte.

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjišťováno, jak se se vzniklými problémy, kterou jsou v souvislosti s ošetřováním klientů trpící úzkostí ze smrti, vyrovnávají. Z celkového počtu 7 (100 %) sester

Tabulka č. 21 Řešení potíží

	Absolutní četnost	Relativní četnost
sport	2	29 %
psycholog	2	29 %
komunikace s přáteli	3	42 %
celkem	7	100 %

Graf č. 17 Řešení potíží



2.4.2 Testování hypotéz

Hypotéza č. 1:

H_0 – Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti nebude ovlivněn délkou praxe v charitní ošetrovatelské péči.

H_A – Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti bude ovlivněn délkou praxe v charitní ošetrovatelské péči.

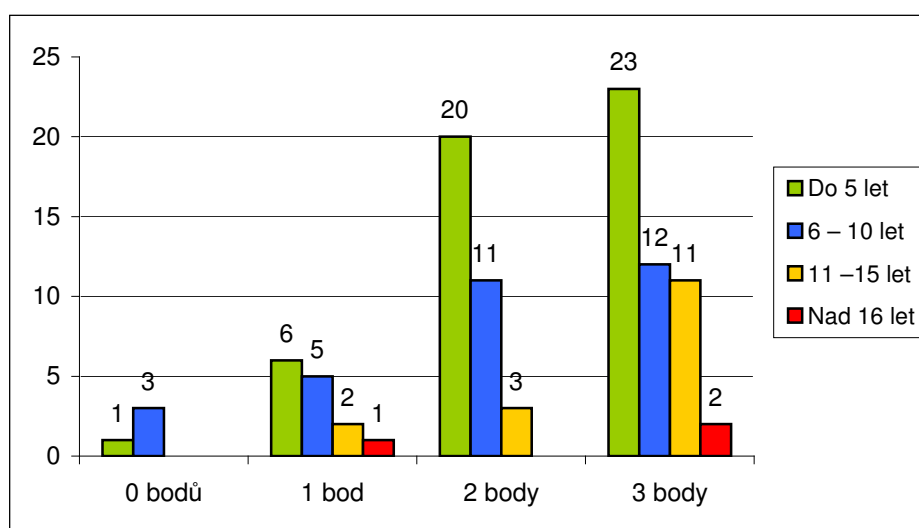
Hodnota testovacího kritéria převyšuje hladinu významnosti testu (tj. hodnota padla do kritické oblasti), připouštíme existenci závislosti (vlivu), tzn., že hypotézu H_0 zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu H_A .

Závěr testu: Výsledek z vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti je ovlivněn délkou praxe.

Tabulka č. 22 Kontingenční tabulka k první hypotéze

test	délka praxe				Celkový součet
	Do 5 let	6 – 10 let	11 –15 let	Nad 16 let	
0 bodů	1	3			4
1 bod	6	5	2	1	14
2 body	20	11	3		34
3 body	23	12	11	2	48
Celkový součet	50	31	16	3	100

Graf č. 18 Výsledek testu a délka praxe



Tabulka č. 23 Statistické vyhodnocení první hypotézy

Délka praxe	Výsledek testu – počet bodů				Součet
	0	1	2	3	n_i
Do 10 let	2	4	27	48	81
Více než 10 let	2	10	7	0	19
součet	4	14	34	48	100
$(n_i \cdot n_j) / n$	Výsledky testu – počet bodů				
	0	1	2	3	
Do 10 let	3,21	11,34	27,54	38,88	
Více než 10 let	0,76	2,66	6,46	9,12	
$((n_{ij} - (n_i \cdot n_j) / n)^2 / (n_i \cdot n_j) / n$	Výsledky testu – počet bodů				
	0	1	2	3	
Do 10 let	0,46	4,75	0,01	2,14	
Více než 10 let	2,02	20,25	0,04	9,12	
r	2				
s	4				
α	0,05				
χ	38,79				
$\chi^2_{0,05,3}$	1,91429E-08				
38,79 > 1,91429E-08					

Hypotéza č. 2:

H_{02} – Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti nebude ovlivněn sebevzděláváním v této problematice.

H_{A2} - Předpokládáme, že výsledek vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti bude ovlivněn sebevzděláváním v této problematice.

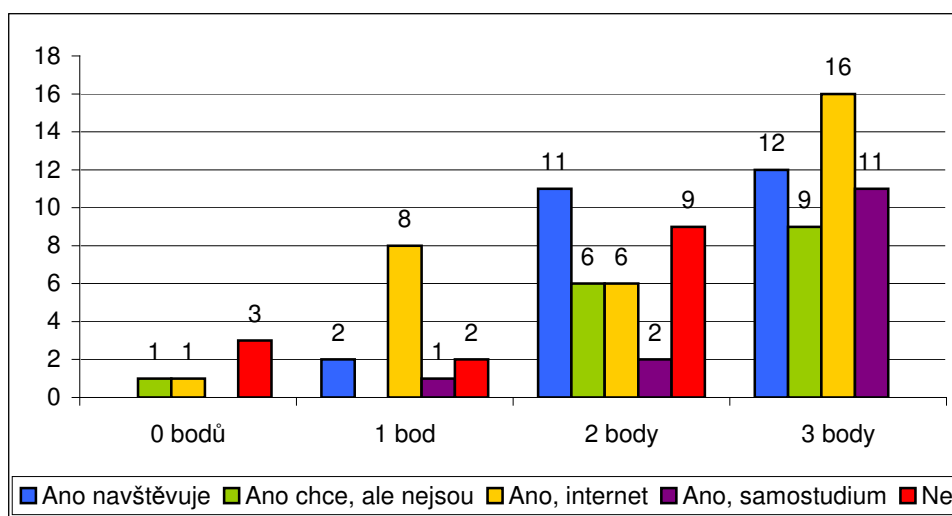
Hodnota testovacího kritéria převyšuje hladinu významnosti testu (tj. hodnota padla do kritické oblasti), připouštíme existenci závislosti (vlivu), tzn., že hypotézu H_0 zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu H_A .

Závěr testu: Výsledek z vědomostního testu z oblasti Úzkost ze smrti je ovlivněn sebevzděláváním.

Tabulka č. 24 Kontingenční tabulka k druhé hypotéze

test	sebevzdělávání					Celkový součet
	Ano navštěvuje	Ano chce, ale nejsou	Ano, internet	Ano, samostudium	Ne	
0 bodů		1	1		3	5
1 bod	2		8	1	2	13
2 body	11	6	6	2	9	34
3 body	12	9	16	11		48
Celkový součet	25	16	31	14	14	100

Graf č. 19 Výsledek testu a sebevzdělávání



Tabulka č. 25 Statistické vyhodnocení druhé hypotézy

		Výsledek testu – počet bodů				Součet ni
		0	1	2	3	
Sebevzdělávání						
Ano		2	11	25	48	86
Ne		3	2	9	0	14
součet		5	13	34	48	100
(ni. * n.j) / n		Výsledky testu – počet bodů				
		0	1	2	3	
Ano		4,3	11,18	29,24		41,28
Ne		0,76	2,66	6,46		9,12
((nij - (ni. * n.j) / n) ² / (ni. * n.j) / n		Výsledky testu – počet bodů				
		0	1	2	3	
Ano		1,23	0,003	0,62		1,09
Ne		6,60	0,16	0,999		9,12
r		2				
s		4				
α		0,05				
χ		19,82				
χ ² _{0,05,3}		0,000184				
19,82 > 0,00184						

Hypotéza č. 3:

H_{03} – Předpokládáme, že ochota získávat informace o této problematice nebude ovlivněna věkem.

H_{A3} - Předpokládáme, že ochota získávat informace o této problematice bude ovlivněna věkem.

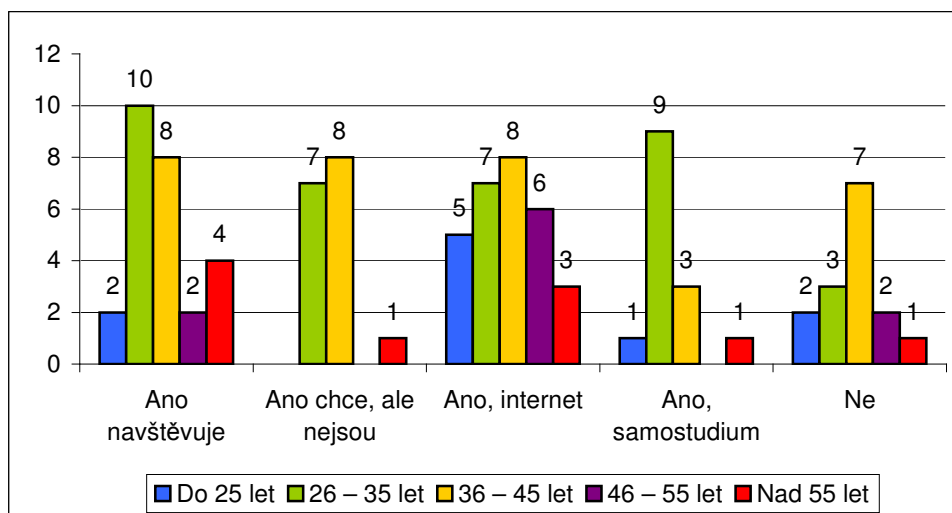
Hodnota testovacího kritéria převyšuje hladinu významnosti testu (tj. hodnota padla do kritické oblasti), připouštíme existenci závislosti (vlivu), tzn., že hypotézu H_0 zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu H_A .

Závěr testu: Ochota získávat informace z oblasti Úzkost ze smrti je ovlivněna věkem.

Tabulka č. 26 Kontingenční tabulka ke třetí hypotéze

věk	zájem					Celkový součet
	Ano navštěvuje	Ano chce, ale nejsou	Ano, internet	Ano, samostudium	Ne	
Do 25 let	2	0	5	1	2	10
26 – 35 let	10	7	7	9	3	36
36 – 45 let	8	8	8	3	7	34
46 – 55 let	2	0	6	0	2	10
Nad 55 let	4	1	3	1	1	10
Celkový součet	26	16	29	14	15	100

Graf č. 20 Věk a sebevzdělávání



Tabulka č. 27 Statistické vyhodnocení třetí hypotézy

	Věková kategorie					Součet ni
	Do 25 let	26 – 35 let	36 – 45 let	46 – 55 let	Nad 55 let	
Sebevzdělávání						
Ano	8	33	27	8	9	85
Ne	2	3	7	2	1	15
součet	10	36	34	10	10	100
(ni. * n.j) / n	Věková kategorie					
	Do 25 let	26 – 35 let	36 – 45 let	46 – 55 let	Nad 55 let	
Ano	8,5	30,6	28,9	8,5		8,5
Ne	1,5	5,4	5,1	1,5		1,5
((nij - (ni. * n.j) / n) ² / (ni. * n.j) / n	Věková kategorie					
	Do 25 let	26 – 35 let	36 – 45 let	46 – 55 let	Nad 55 let	
Ano	0,03	0,19	0,13	0,03		0,03
Ne	0,17	1,07	0,71	0,17		0,17
r	2					
s	5					
α	0,05					
χ	2,7					
$\chi^2_{0,05,3}$	0,613439					
2,7 > 0,613439						

Hypotéza č. 4:

H_0 – Předpokládáme, že náboženské vyznání sester je nebude ovlivňovat při péči o klienty trpící úzkostí ze smrti.

H_A - Předpokládáme, že náboženské vyznání sester je bude ovlivňovat při péči o klienty trpící úzkostí ze smrti.

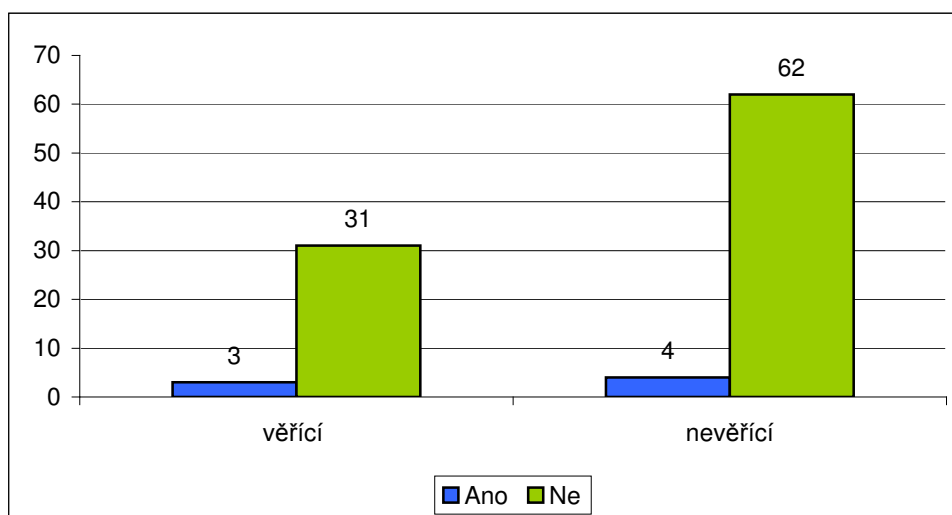
Hodnota testovacího kritéria nepřevyšuje hladinu významnosti testu, nepřipouštíme existenci závislosti (vlivu), tzn., že hypotézu H_0 přijímáme a zamítáme alternativní hypotézu H_A .

Závěr testu: Náboženské vyznání sestry nijak neovlivňuje při péči o klienty.

Tabulka č. 28 Kontingenční tabulka ke čtvrté hypotéze

víra	Problémy při péče		
	Ano	Ne	Celkový součet
ano	3	31	34
ne	4	62	66
Celkový součet	7	93	100

Graf č. 21 Problémy s péčí a víra



Tabulka č. 29 Statistické vyhodnocení čtvrté hypotézy

		Problémy při péči		Součet ni
Víra		Ano	Ne	
Ano		3	31	34
Ne		4	62	66
Součet n.j		7	93	100
		Problémy při péči		
(ni. * n.j) / n		Ano	Ne	
Ano		2,38	31,62	
Ne		4,62	61,38	
((nij - (ni. * n.j) / n) ² / (ni. * n.j) / n		Problémy při péči		
		Ano	Ne	
Ano		0,16	0,12	
Ne		0,08	0,006	
r	2			
s	2			
α	0,05			
χ	0,3666			
χ ² _{0,05,3}	0,607974			
0,3666 < 0,607974				

2.4.3 EDUKAČNÍ PROGRAM – ÚZKOST ZE SMRTI JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM V DOMÁCÍ PÉČI

Téma: Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči

Vyučující: všeobecná sestra, sestra bakalářka, sestra magistra

Určeno pro: sestry na oddělení, studenty SZŠ, studenty bakalářského studia

Trvání: 30 minut přednáška + diskuse na dané téma

Cíle:

- Sestra zná pojem úzkost
- Sestra ví, jaký je emocionální stav umírajícího
- Sestra umí jmenovat formy existenciální tísně
- Sestra zná pojem kvalita života
- Sestra umí jmenovat fáze umírání
- Sestra zná praktické přístupy k umírajícím
- Sestra zná psychologické přístupy k umírajícím
- Sestra umí jmenovat zásady přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím
- Sestra ví, jaké problémy se mohou vyskytovat u zdravotníků v souvislosti s péčí o klienty
- Sestra zná pojem syndrom vyhoření a ví jak mu předcházet
- Sestra umí definovat, zjistit a použít ošetrovatelskou diagnózu úzkost ze smrti

Pomůcky pro přednášejícího: powerpointová prezentace, technika

Pomůcky pro posluchače: psací potřeby, zápisník

Organizace prostoru: klidná místnost s dostatečným osvětlením, dobře větratelná s kancelářským vybavením (stoly, židle)

Organizace výuky: skupinová výuka, výklad daného tématu, diskuse, připomínky

Otázky pro posluchače:

- Co rozumíte pod pojmem úzkost?
- Jaký je emocionální stav umírajícího?
- Které formy existenciální tísně znáte?
- Můžete definovat pojem kvalita života?
- Jaké fáze umírání znáte?
- Jaké máme praktické přístupy k umírajícím?
- Jaké psychologické přístupy k umírajícím znáte?
- Můžete jmenovat zásady přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím?
- Jaké tělesné či fyzické problémy se mohou vyskytovat u zdravotníků poskytující péči umírajícím a těžce nemocným?
- Co je to syndrom vyhoření a jak mu můžeme předcházet?
- Můžete jmenovat určující znaky a související faktory ošetřovatelské diagnózy úzkost ze smrti?

DISKUSE

V dnešní době většina nemocných umírá v nemocnicích, právě proto, že je jim třeba zajistit kvalitní ošetrovatelskou a lékařskou péči. Aby mohl pacient zůstat ve svém známém prostředí, je třeba spolupráce rodiny, které musí být nově vzniklá situace vysvětlena, aby se dokázali postarat o svého rodinného příslušníka.

S blížící se smrtí se zvyšuje úzkost pacienta. Ti co prožili dlouhý a naplněný život se mohou se smrtí smířit. U ostatních se však vyskytuje silná úzkost ze smrti.⁶⁸ U těchto pacientů co mají ošetrovatelský problém úzkost ze smrti, by měli pomoci ošetrovatelští profesionálové, kteří identifikují pacientovi problémy pomocí určujících znaků a souvisejících faktorů a navrhnou vhodná opatření, která problém zmírní nebo úplně odstraní. Mgr. Kisvetrová ve své práci na téma Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči, vyslovila domněnku, že sestry tuto ošetrovatelskou diagnózu nepoužívají, protože předpokládají nižší výskyt tohoto problému u pacientů, kteří jsou ve vlastním sociálním prostředí.⁶⁹ Z výsledků našeho výzkumného šetření, které bylo prováděno v charitních ošetrovatelských společnostech vyplynulo, že ošetrovatelská diagnóza úzkost ze smrti není v domácí péči používána a to i přesto, že pacienti tímto problémem trpí.

Výzkumné šetření přineslo některé zajímavé informace. Hodnoceno bylo celkem 100 dotazníků od všeobecných sester pracujících v charitní ošetrovatelské péči.

Podle předpokladu i výsledky ukázaly, že v charitní ošetrovatelské péči pracují jako sestry, ženy. Muži v agenturách domácí péče nebo charitních společnostech vykonávají vedoucí pozice, které se nepodílí přímo na péči o klienta (ředitel, vedoucí ošetrovatelské péče).

Věk respondentek se různil. Ze 100 všeobecných sester uvedlo věk do 25 let 10 sester, po 10 sestrách pak měla zastoupení i věková kategorie 46-55 i kategorie

⁶⁸ O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 184.

⁶⁹ KISVETROVÁ, H., *Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči*, Sborník příspěvků 5. mezinárodní konference sester domácí péče, s. 42.

55 a více. Největší zastoupení všeobecných sester mělo věkové rozmezí 26-45 let. Trochu se divím, že právě v tomto věkovém rozmezí tyto sestry nepracují v nemocnicích. I z mého okolí je patrné, že by se kolegyně nechtěly usadit v domácí péči, a to i přesto, že práce je zde stejně potřebná. Do domácí péče by chtěly nastoupit teprve kolem 55 roku věku, kdy by mohly uplatnit zkušenosti, získané dlouholetou praxí.

Ke stejnému výsledku dospěla i Bc. Oprštěná, která psala na téma *Stresová zátěž v práci zdravotní sestry domácí péče*. I ona měla největší zastoupení sester ve věkové kategorii 26-45 let.⁷⁰

Nejvyšší dosažené vzdělání sester bylo středoškolské, a to v 91 % a pouze 9 % mělo vyšší vzdělání než středoškolské. Stejný výsledek měla i kolegyně Bc. Vejsadová, která psala práci na téma *Problematika o terminálně nemocné v domácím prostředí*. Obdobně jako já měla i ona 85 % sester se středoškolským vzděláním a 15% s vyšším vzděláním.⁷¹

Podle mého názoru je výsledek ovlivněn nedostatkem specializačního vzdělání. Existuje pouze specializační vzdělání Komunitní sestra, které provádí NCO NZO, a to až od roku 2008.

Výsledky další odpovědi mě trochu překvapily. Myslela jsem, že většina všeobecných sester, které pracují v zařízeních charitní ošetrovatelské péče, budou věřícími. Odpovědi z dotazníků, však ukázaly něco jiného. Pouze 1/3 dotazovaných všeobecných sester byla věřící (34 %).

Délku praxe v oblasti charitní ošetrovatelské péče do 5 let uvedlo nejvíce sester, a to 50 %. Obdobně tomu bylo i u Bc. Vejsadové, kde praxe do 5 let měla největší zastoupení.

Podle mého názoru by to mohlo být vlivem časově, fyzicky i psychicky náročného povolání, kterým bezpochyby práce sestry v agenturách nebo charitní ošetrovatelské péči je. Sestry, které uvádí praxi delší dobu, se podle mě lépe

⁷⁰ OPRŠTĚNÁ, M., *Stresová zátěž v práci zdravotní sestry domácí péče*. Diplomová práce. s. 99.

⁷¹ VEJSADOVÁ, J., *Problematika péče o terminálně nemocné v domácím prostředí*. Diplomová práce. s. 71

vyrovnávají s problémy, se kterými se při práci setkávají, nebo podlely syndromu vyhoření.

Správnost definice úzkosti ze smrti, kterou jsem chtěla, aby mi sestry napsaly v další položce dotazníku, jsem hodnotila srovnáním s dostupnou literaturou a internetovými odkazy. K literatuře patřil Doenges, Moorhouse, Kapesní průvodce zdravotní sestry, 2001; Marečková, Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, 2006; Nursing Diagnoses, Hedrman., Definitions and Classification 2009-2011, 2009. K nejčastějším definicím uváděné sestrami patřily:

- Předtucha smrti, obava či strach ze smrti nebo umírání.
- Strach z toho co mě čeká, co bude s okolím, když zemřu.
- Obava z příštích dnů, strach z bolesti při umírání.
- Strach z neznáma, neví, co bude, když zemře, obava ze setkání s Bohem.
- Nepříjemný emoční stav z neznáma, doprovázený tělesnými i psychickými projevy.
- Pocit beznaděje a osamocení při uvědomování si nevyhnutelné smrti.
- Pocit strachu z opuštěnosti, z neznáma, z tělesného utrpení při umírání.

Správnost definice by mohla být ovlivněna i věkem, dokazuje to studie, kterou prováděli Raedt a Speeten ve své studii „Discrepancies between direct and indirect measures of death anxiety disappear in old age“. Cílem této studie bylo vyšetřit rozdíly týkající se úzkosti ze smrti mezi mladými a lidmi ve středním věku oproti starším lidem s použitím psychologického zvukového dotazníku jako přímou metodou posouzení a emocionální variantou „Stroop task“ testu (psychologický test zabývající se mentální vitalitou a flexibilitou, s výhodou využívá naší schopnosti číst slova rychleji a automatictěji než pojmenovávat barvy) jakožto nepřímou metodou. V případě dotazníku nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi věkovými skupinami. Zatímco „Stroop test“ odhalil rozdílné vnímání slov týkající se smrti u mladých lidí. U starších lidí není rozdíl mezi přímou a nepřímou metodou což naznačuje smíření se s nevyhnutelností jejich vlastní smrti.⁷²

⁷² RAEDT, R., SPEETEN, N., *Discrepancies between direct and indirect measures of death anxiety disappear in old age*. 2008. Vol. 25, Issue8, p. 11 – 17.

Obdobné to bylo u dotazníkové položky číslo 7, kde jsem chtěla vědět na základě, jakých příznaků se sestry domnívají, že pacient prožívá právě tuto ošetrovatelskou diagnózu. Správnost příznaků byla opět porovnávána diagnostickými prvky oš. dg. Úzkost ze smrti (00147) s Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2009-2011, 2009. Mezi nejčastější patřily odpovědi jako, plačtivost, úzkost, strach, uzavřenost, citová labilita, apatie, sklíčenost agresivita, podrážděnost rozhovor na téma smrti sděluje strach z průběhu umírání tělesné projevy úzkosti pocit bezmoci, beznaděje verbalizace problému.

Překvapivé bylo, že příznaky ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti nebyly uvedeny správně všemi sestrami, a to i přesto, že tato diagnóza se může vyskytovat u kteréhokoliv pacienta. Díky nevyvinutí souvisejících faktorů v knize Marečková, Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, 2006, kterou mají sestry k dispozici na trhu, jsou při sestavování této diagnózy opatrné. „Je možné, že pokud by sestry měly k dispozici český překlad definovaných diagnostických prvků NANDA – Int. i NIC intervence vztahujících se k úzkosti ze smrti, nebude problém tuto ošetrovatelskou diagnózu začlenit do ošetrovatelské praxe v rámci domácí péče. Intuitivní přístup sester by byl nahrazen cíleným poskytováním péče v rámci daných struktur mezinárodní klasifikací NANDA – Int. a NIC“.⁷³

Položka dotazníku číslo 8 zjišťovala, jaké hodnotící nástroje sestry používají ke stanovení této ošetrovatelské diagnózy. Sestry uváděly rozhovor, hodnocení bolesti a stupnici deprese. Podle mě je přímo použitelný pouze rozhovor s pacientem, kterým získáme potřebné informace, ke stanovení ošetrovatelské diagnózy, to uvedlo pouze 11 % sester. Používání stupnice deprese nebo hodnocení bolesti nezískáme informace, které by vedly k přímému stanovení a řešení ošetrovatelské diagnózy Úzkost ze smrti. 79 % pak uvedlo, že žádné hodnotící nástroje nemají.

Pro určení a upřesnění diagnostiky úzkosti ze smrti se v zahraničí využívají různé hodnotící škály, např. Hamilton Rating Scale for Anxiety, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory nebo Zung Self-Rating Anxiety Scale.⁷⁴

⁷³ KISVETROVÁ, H., *Ošetrovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči*, Sborník příspěvků 5. mezinárodní konference sester domácí péče, s. 42.

⁷⁴ FERRELL, B. R., COYLE, N. *Palliative Nursing*, s. 382.

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka. K dalším cílům patří podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka a v neposlední řadě zajistit klidné umírání a důstojnou smrt. Toho všeho se může dosáhnout, když pro řešení ošetřovatelského problému stanovíme smysluplné intervence, které vedou ke zlepšení stavu nebo odstranění ošetřovatelské diagnózy a tím vymizení problému, pro který byla stanovena. To jakým způsobem sestry řeší ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti, jsme zjišťovali v položce dotazníku číslo 9. Účelné intervence neuvedly všechny sestry, ale pouze 76 %. K nejčastěji uváděným intervencím patřily:

- zajistit pohovor s duchovním
- spolupráce s ošetřujícím lékařem, informovat o změnách
- aplikace léku dle ordinace
- psychická i duchovní podpora klienta a jeho rodiny
- vlídný, chápající rozhovor – snaha zmírnit obavy
- zajistit klidné prostředí
- vyslechnout + neverbální kontakt
- zapojit do péče blízké, motivovat je
- vhodně zabavit klienta, dle jeho možností
- empatie
- umožnit vyjádření klienta, jak by nastalou situaci chtěl řešit
- zajistit přítomnost někoho, aby nezůstal sám se svými myšlenkami
- aktivně samotného pacienta zapojit do péče
- edukace rodiny jak se chovat k umírajícímu

Zajímavé bylo, že ani v nemocničním prostředí, kde by se úzkost ze smrti mohla vyskytovat u pacientů častěji a to vlivem neznámého prostředí, samotné diagnózy či nepřítomností blízkých, tuto diagnózu neřeší všechny sestry, ale pouze 12 (22 %), jak uvedla kolegyně Myslikovjanová, která se ve své práci zabývala problematikou úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu. Zaznamenání diagnózy prováděly sestry zakřížkování přítomnosti ošetřovatelské diagnózy nebo tuto skutečnost zaznamenaly do hlášení sester v plánu ošetřovatelské

péče. Mezi intervence, které by měly diagnózu řešit, sestry uváděly podávání farmak, rozhovor, edukace, empatie, kontakt rodiny, který je však omezený chodem oddělení.⁷⁵

Dále jsme se sester ptali, zda mají zájem o informace, které se vztahují k problematice úzkosti ze smrti u pacientů. Z celkového počtu 100 sester uvedlo 85 % z nich, že si rozšiřují vědomosti návštěvou seminářů, samostudiem odborné literatury nebo si informace hledají na internetu. Některé ze sester, které se vzdělávají, využijí získané vědomosti v praxi i pro sebe (znají prevenci syndromu vyhoření).

Kolegyně Bc. Oprštěná se ve svém dotazníku ptala sester v domácí péči, jestli se pravidelně vzdělávají na seminářích, konferencích, stážích.... Z celkového počtu 52 sester odpovědělo 34 z nich, že se vzdělává pravidelně a 18 se vzdělává nepravidelně.⁷⁶

Našlo se i 15 sester, které se v této problematice dále vzdělávat nechtějí. Nikoho nechci odsuzovat, tyto sestry pro své rozhodnutí mohou mít různé důvody. Péče o pacienty však může být ovlivněna, například nemusí být kvalitně řešena psychosociální problematika.

V dnešní době, kdy je důležité vzdělání sester ve všech oblastech, jako součást kontinuálního zvyšování kvality v péči o pacienta, je potřebné, aby všeobecná sestra byla připravená i na péči o vážně nemocné a umírající. Chen, Den Ben, Fortson a Lewis ve své studii uvedli, že úzkost ze smrti může vzniknout i u studentů nelékařských oborů, kteří se poprvé setkají se smrtí na praxích. Tato zkušenost pak může ovlivnit postoj k ošetřování nemocných v průběhu další praxe sester. Nevyrovnanost sester se svou vlastní smrtelností je jedním z problémů, které mohou ovlivňovat péči o pacienta.⁷⁷

V položce číslo 12 nás zajímalo, jak často sestry pracují s pacientem, u kterého se vyskytuje ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti. 6 respondentek má tyto pacienty ve své péči neustále, 89 uvedlo, že se o tyto pacienty stará občas

⁷⁵ MYSLIKOVJANOVÁ, S., *Problematika úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu*. Bakalářská práce. s. 85.

⁷⁶ OPRŠTĚNÁ, M., *Stresová zátěž v práci zdravotní sestry domácí péče*. Diplomová práce. s. 100.

⁷⁷ CHEN, Y., DEN BEN, K., FORTSON, B., et al. *Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience*. 2006, roč. 30, č. 10, s. 919-929.

a 5 sester je nemá v péči vůbec. Jen 21 sester pak tuto diagnózu používá u svých pacientů.

Podle mého názoru by procento četnosti bylo vyšší, když by sestry znaly hodnotící nástroje, podle kterých by poznaly, že pacient tento ošetrovatelský problém má a dále, kdyby si uvědomily, že se úzkost ze smrti nepoužívá pouze u onkologických pacientů, ale třeba i u těch, kteří prožijí těžký epileptický záchvat nebo infarkt myokardu. Pouze několik málo sester uvedlo i jiné příčiny, důvody, stavy, při kterých může pacient trpět úzkostí ze smrti.

U kolegyně Bc. Vejsadové se s terminálně nemocným setkává 49 % z respondentů denně a 23 % nedokázalo odpovědět. 14 % respondentů ošetřuje takto nemocné klienty 2-4 do roka a obden ošetřuje asi 6 % dotazovaných.⁷⁸

Dále jsme se sester ptali, zda jim dělá potíže pečovat o tyto pacienty. 7 % sester uvedlo, že jim péče o tyto pacienty dělá problémy. Mezi nejčastější problémy uváděné „našimi“ sestrami patřily psychické problémy (uvědomění si smrtelnosti), nejistota v komunikaci s rodinou i klientem, časová náročnost. Problémy sester z charitní ošetrovatelské péče se shodují s problémy sestry s agentur domácí péče. Některým problémům by šlo předejít, kdyby sestry měly dostatek vědomostí a zkušeností v oblasti komunikace a doprovázení nemocného.

U Bc. Oprštné jsou uváděny situace, jako terminální stav a úmrtí pacienta, krátký čas strávený s pacientem, konfliktní pacient, nespolupracující pacient, neuspokojivé finanční ohodnocení, ranní vstávání nebo vlastní psychický stav sester.⁷⁹

Autoři Roff, Simon, Klemmack a Butkeviciene se zabývali úzkostí ze smrti, kterou prožívá personál ošetřující terminálně nemocné v USA a Litvě. Tato studie je uvedena v Levels of death anxiety a comparison of American and Lithuanian health and social service personnel. Zjistili, že američtí respondenti prožívají úzkost

⁷⁸ VEJSADOVÁ, J., *Problematika péče o terminálně nemocné v domácím prostředí*. Diplomová práce. s. 84.

⁷⁹ OPRŠTĚNÁ, M., *Stresová zátěž v práci zdravotní sestry domácí péče*. Diplomová práce. s. 104.

ze samotné smrti a v Litvě byla u respondentů větší úzkost z procesu umírání a strach z neznáma.⁸⁰

Těch sester, které odpověděly, že jim péče o tyto pacienty dělá nějaké problémy, jsme se dále ptali, jak se je snaží řešit. Tyto respondentky uváděly sport, rozhovor s psychologem nebo komunikace s přáteli.

U Bc. Oprštěné z celkového počtu 52 všeobecných sester na tuto otázku odpovědělo 23 sester a 29 všeobecných sester napsalo do dotazníku, že jejich stresové situace nemají řešení. U všech vybraných stresových situací jsou odpovědi většinou, tak jako u nás, bez výrazných odlišností. Uváděly například:

- přínosné kurzy, semináře, praktická cvičení, jak jednat s umírajícím, zaměřené na komunikaci
- menší počet pacientů na ošetrovací den, spravedlivým rozdělením jednotlivých pacientů
- zapojení do péče edukované rodinné příslušníky.⁸¹

⁸⁰ ROFF, L., SIMON, C., KLEMMACK, D., BUTKEVICIENE, R., *Levels of death anxiety a comparison of American and Lithuanina health and social service personnel*. 2006, roč. 30, č. 7, s. 665 -675.

⁸¹ OPRŠTĚNÁ, M., *Stresová zátěž v práci zdravotní sestry domácí péče*. Diplomová práce. s. 107.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na problematiku Úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému v domácí péči. V domácí péči sestry pečují o různé skupiny pacientů. Domnění, že úzkost ze smrti prožívá pouze pacient s onkologickým onemocněním, je mylná. Tuto ošetrovatelskou diagnózu nalezneme i u pacientů prožívajících akutní život ohrožující situaci – například infarkt myokardu, epileptický nebo astmatický záchvat a další; povědomost o tom však nemají všechny sestry.

K cílům práce patřilo zjistit vědomosti sester o problematice diagnostikování úzkosti ze smrti, jako ošetrovatelského problému. Zjistit jaké používají hodnotící nástroje ke zjištění této diagnózy, následně, když pacienti tuto ošetrovatelskou diagnózu mají a sestry ji řeší, tak jsme chtěly, zjistit jaké používají intervence. Stejně jako jakákoliv jiná práce s lidmi přináší riziko vzniku syndromu vyhoření u pečujícího, proto bylo cílem zjistit, jestli sestry péče o tyto nemocné psychicky nebo fyzicky zatěžuje a jak tyto problémy řeší. Tyto informace jsem zjišťovala pomocí anonymního dotazníkového šetření. Posledním cílem bylo vytvořit edukační program pro sestry, kde by našly například jaké určující znaky, související faktory jim pomohou při zjišťování, zda se u pacienta tato diagnóza vyskytuje nebo ne.

Prvním cílem bylo zjistit vědomosti sester o problematice diagnostikování úzkosti ze smrti, jako ošetrovatelského problému. Tyto vědomosti jsme zjišťovaly na základě sestaveného testu, otázky byly ohodnoceny body a následně vyhodnoceny. K jednotlivým otázkám patřila správnost definice, určení příznaků, na základě kterých se sestry domnívají, že pacient úzkost ze smrti prožívá a posledním bodem, který se hodnotil, bylo, zda úzkost ze smrti u svých pacientů řeší účelně.

U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjištěno, že z celkového počtu 100 sester (100 %) získaly 4 (4 %) respondentky 0 bodů, 1 bod získalo 14 (14 %) sester. 34 (34 %) sester získalo dva body z vědomostního testu a největší počet sester 48 (48 %) získalo 3 body. Výsledek testu podle testování hypotéz nebyl ovlivněn dosaženým vzděláním, ale naopak délkou praxe a ochotou sester při

sebevzdělávání. Ochota získávání informací je pak ovlivněna věkem sester, čím mladší sestry byly, tím více se vzdělávaly v této problematice.

Semináře, přednášky jsou založeny, podle mého, spíše na teoretických znalostech a méně se věnují praxi. Tento fakt je vidět i na výsledcích dotazníkového šetření, kde z 85 (100 %) sester, které navštěvují nějaký typ semináře nebo se jinak vzdělávají, své vědomosti využije pouze 24 (28 %) z nich.

S odkazem na kapitolu 2.4.1 Interpretace výsledků k cíli č. 1, můžeme říci, že cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké používají hodnotící nástroje k zjištění této diagnózy. U souboru respondentek všeobecných sester bylo zjištěno, že většina, a to 79 (79 %) sester nepoužívá žádné hodnotící nástroje, podle kterých by poznala, jestli se u pacienta tato nebo jiná ošetrovatelská diagnóza vyskytuje. V ostatních případech používá 11 (11 %) sester rozhovor, v některých charitách užívají ke stanovení této diagnózy škálu bolesti, to uvedlo 7 (7 %) sester a 3 (3 %) sestry uvedly, že používají stupnici deprese. I přes tvrzení některých vrchních sester, že používají literaturu od Doc. Marečkové, Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, tak ani v jednom z dotazníků se neobjevilo, že by používaly diagnostický algoritmus ke zjištění ošetrovatelského problému. Proto jsem vytvořila edukační program, ve kterém sestry naleznou základní informace (algoritmus) ke stanovování ošetrovatelských diagnóz. Tento program je vložen jako příloha v mé diplomové práci.

S odkazem na kapitolu 2.4.1 Interpretace výsledků k cíli č. 2, můžeme říci, že cíl byl splněn.

Třetím cíle bylo zjistit, jaké plánují intervence u svých pacientů. I přes zjištění, že 89 (89 %) sester pracuje s pacienty, u kterých se vyskytuje diagnóza úzkost ze smrti, občas a 6 (6 %) sester s nimi pracuje neustále, tak pouze 24 (24 %) sester provádí účelné intervence u svých pacientů. 76 (76 %) neprovádí žádné nebo jsou neefektivní. Mezi nejčastější intervence uváděné sestrami byly:

- zajistit pohovor s duchovním, spolupráce s ošetrujícím lékařem, informovat ho o změnách, aplikace léků dle ordinace lékaře, psychická a duchovní podpora klienta a jeho rodiny, vlídný, chápající rozhovor, zajistit klidné prostředí, vyslechnout,

nevyvracet názory, zapojit do péče blízké, motivovat je, vhodně zabavit klienta, dle jeho možností, empatie, umožnit vyjádření klienta, jak by nastalou situaci řešil, zajistit přítomnost někoho, aby nezůstával sám, nabídnout setkání s lidmi podobně postiženými, aktivně samotného nemocného zapojit do péče a v neposlední řadě edukace rodiny jak se chovat a jednat s umírajícími.

Podle zjištěných informací soudím, že i sestry v domácí péči jsou si vědomi toho, že i těžce nemocný má svá přání a své potřeby, které by měly být uspokojeny, na druhé straně chápou, že někdy postačí pouhá přítomnost někoho u nemocného, aby nezůstával sám se svými myšlenkami.

S odkazem na kapitolu 2.4.1 Interpretace výsledků k cíli č. 3, můžeme říci, že cíl byl splněn.

Čtvrtým cíle bylo zjistit, zda sestry péče o pacienty, kteří trpí úzkostí ze smrti, je nějak zatěžuje. U souboru respondentek všeobecných sester uvedlo pouze 7 (7 %) z nich, že jim péče o tyto pacienty trpící úzkostí ze smrti dělá problémy a 93 (93 %) respondentek uvedlo, že nemají žádný problém při péči o tyto pacienty. Mezi nejčastější problémy uváděly psychické problémy, nevědomost, nedostatek informací jak reagovat na položené otázky, nejistota v komunikaci nejen s pacientem, ale i jeho rodinou. Některé uvádí jako těžkost časovou náročnost při péči o těžce nemocného a jiné, že je jim „nepříjemné“ dívat se na pacienta, který umírá.

Dále jsme se ptaly těch sester, které uvedly nějaké potíže, jak je řeší. Tyto sestry nejčastěji uváděly jako odreagování sport, komunikace s přáteli a objevily se i činnosti, jako návštěva psychologa. Podle mého by sestry svůj volný čas měly věnovat aktivnímu odpočinku, který přispívá nejen k prevenci vzniku syndromu vyhoření.

Mimo jiné jsme zjišťovaly, zda náboženské vyznání sester jim nemůže v nějaké míře „pomoci“ při péči o těžce nemocné. Testování hypotézy však ukázalo, že náboženské vyznání v tomto případě nehraje žádnou roli. Mezi 7 sestrami, které udaly nějaký typ problému, byly 3 sestry, které jsou věřící a 4 sestry, které jsou nevěřící.

S odkazem na kapitolu 2.4.1 Interpretace výsledků k cíli č. 4, můžeme říci, že cíl byl splněn.

Pátým cílem bylo sestavení edukačního programu s powerpointovou prezentací pro sestry na téma: Úzkost ze smrti jako ošetřovatelský problém. Po domluvě s vrchními sestrami charitní ošetřovatelské péče, jim bude tento materiál předán a bude záležet na postoji a přesvědčení jednotlivých sester, zda si tento materiál přečtou. Vytvořený edukační materiál a prezentace, by mohl přispět k zlepšení znalostí v těchto oblastech.

S odkazem na kapitolu 2.4.3 Interpretace výsledků k cíli č. 5, můžeme říci, že cíl byl splněn.

Jedním z problémů, které mohou ovlivnit péči o pacienta je nevyrovnanost sester se svou vlastní smrtelností. Dalším problémem je neznalost ošetřovatelské diagnózy úzkosti ze smrti u pacientů, které je podle mého věnováno málo pozornosti. O této ošetřovatelské diagnóze, kterou může mít mnoho pacientů, aniž by byli postiženi onkologickou diagnózou, by všeobecné sestry měly být více informovány právě v pregraduálním stupni vzdělání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALINT, M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1999. 330s. ISBN 80-70-62-425-6.

BOULECKÝ, Z., et.al. *Psychologické a psychiatrické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2003. 710s. ISBN 80-315-4512-8.

BULECHEK, G. M. et al. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5. vydání Mosby Elsevier, 2008. 938s. ISBN 978-0-2 32-05340-2.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání Brno: NCO NZO, 2003. 173s. ISBN 80-7013-386-4.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované vydání Praha: Grada Publishing, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8.

FERRELL, B. R., COYLE, N. *Palliative Nursing*. Oxford University Press, 2006. 1246s. ISBN 979-0-19-517549-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání, Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN: 978-80-7262-471-3.

HEDRMAN, H. et al. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2009-2011*. NANDA International, 2009. 435s. ISBN 978-1-4051-8718-3.

CHAMOUTOVÁ, K. *Duševní hygiena*. 1. vydání Praha, 2006. 209 s. ISBN 80-213-1452-4.

CHEN, Y., DEN BEN, K., FORTSON, B., et al. *Defferential dimensions of death anxiety in nursin students with and without nursing experience*. *Death studies*, 2006, roč. 30, č. 10, s. 919 – 929. ISSN 0748 – 1187.

CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. s. 257. ISBN: 80-7067-798-8.

International ohnal of Nursing Terminologie and Classification, Vo. 15, isme 2, p. 59-61. ISSN 1541 – 5147

IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2007. 100s. ISBN 978-80-244-1832-2.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2007. 100s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H. et al. *NANDA, NOC and NIC Linkages*. 2 vydání Mosby Elsevier. 698s. ISBN 13-978-0-323-03189-3.

KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetřovatelství*. 1. vydání Brno: Littera, 2007. 112s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KISVETROVÁ, H. *Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči*. Sborník příspěvků 5. mezinárodní konference sester domácí péče. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. s. 37 – 42. ISBN 978-80-7013-494-8.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání Návrat domů, Praha, 1995. 93s. ISBN 80-5495-43-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vydání Praha: Avicenum, 1989. 107s. ISBN není uvedeno.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSS, E. *Rozhovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis ve spolupráci s agenturou TMG, 1992. 135s. ISBN 80-85439-04-2.

MAREČKOVÁ, J. NANDA – *International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vydání Universitas Ostraviensis – Ostrava, 2006. 80s. ISBN 80-7368-109-9.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. NCO NZO Brno, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4.

MOORHEAD, S. et al. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4. vydání Mosby Elsevier, 2008. 912s. ISBN 978-0-323-05408-9.

MYSLIKOVJANOVÁ, S. *Problematika úzkosti ze smrti u pacientů s akutním infarktem myokardu*. Bakalářská práce. Olomouc: FZV UP, 2009. 123s. 6 příloh.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.

OPRŠTĚNÁ, M. *Stresová zátěž v práci zdravotní sestry domácí péče*. Diplomová práce. Olomouc: LF UP, 2007. 158 s. 6 příloh.

ROFF, L., SIMON, C., KLEMMACK, D., BUTKEVICIENE, R. *Levels of death anxiety a comparison of American and Lithuanina health and social service personnel*. *Death studies*, 2006, roč. 30, č. 7, s. 665 – 675. ISSN 0748-1187.

SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L., *Umřít doma, příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79s. ISBN 978-80-254-2788-0.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání Praha: Galén, 2007. 362s. ISBN 978-80-7262-505-5.

ULČ, I. et al. *Úzkost a úzkostné stavy*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1999. 88s. ISBN 80-7169-790-7.

VEJSADOVÁ, J. *Problematika péče o terminálně nemocné v domácím prostředí*. Diplomová práce. Olomouc: LF UP, 2008. 108 s.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., et.al. *Paliativní medicína*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 480 s. ISBN 80-7169-437.

INTERNETOVÉ ODKAZY

Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2008 [online] c2010
[citováno 2009-01-11].

Dostupný z: www.uzis.cz.

MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče a její principy*. [online] c2009
[citováno 2009-12-12].

Dostupný z: <http://www.cs-ch.ch/Europa/adpframes.htm>.

NCO NZO BRNO. *Projekt E-learning v komunitní péči*. [online] c2008
[citováno 2010-02-04].

Dostupný z: <http://www.communitycare.cz/cz/e-learning-popis-projektu.php>.

RAEDT, R., SPEETEN, N. *Discrepancies between direct and indirect measures of death anxiety disappear in old age*. *Depression and Anxiety*, 2007, vol. 25, issue 8, p. 11–17. [online] c2010 [citováno 2010-03-25].

Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/114280606/abstract>.

The Omaha Systém. *Omaha Systém Overview* [online] c2010 [citováno 2010-1-10-].

Dostupný z: <http://www.omahasystem.org/overview.html>.

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Formy existenciální tísně
- Tabulka č. 2 Fáze umírání podle Kübler-Ross
- Tabulka č. 3 Nejčastější krizové situace
- Tabulka č. 4 Propojení NIC a NOC
- Tabulka č. 5 Pohlaví
- Tabulka č. 6 Věk respondentů
- Tabulka č. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Tabulka č. 8 Víra
- Tabulka č. 9 Délka praxe
- Tabulka č. 10 Správnost definice
- Tabulka č. 11 Správně určené příznaky
- Tabulka č. 12 Typy hodnotících nástrojů
- Tabulka č. 13 Intervence k diagnóze úzkost ze smrti
- Tabulka č. 14 Zájem získávání informací
- Tabulka č. 15 Způsob získávání informací
- Tabulka č. 16 Využití vědomostí / dovedností v praxi
- Tabulka č. 17 Jak často pracuje s pacientem, u kterého je tato diagnóza
- Tabulka č. 18 Používání diagnózy úzkost ze smrti
- Tabulka č. 19 Klinické diagnózy, u kterých se tato oše. diagnóza vyskytuje
- Tabulka č. 20 Potíže při pečování o tyto pacienty
- Tabulka č. 21 Řešení potíží
- Tabulka č. 22 Kontingenční tabulka k první hypotéze
- Tabulka č. 23 Statistické vyhodnocení první hypotézy
- Tabulka č. 24 Kontingenční tabulka k druhé hypotéze
- Tabulka č. 25 Statistické vyhodnocení druhé hypotézy
- Tabulka č. 26 Kontingenční tabulka ke třetí hypotéze
- Tabulka č. 27 Statistické vyhodnocení třetí hypotézy
- Tabulka č. 28 Kontingenční tabulka ke čtvrté hypotéze
- Tabulka č. 29 Statistické vyhodnocení čtvrté hypotézy
- Tabulka č. 30 Kontingenční tabulka k páté hypotéze
- Tabulka č. 31 Statistické vyhodnocení páté hypotézy

Seznam grafů

- Graf č. 1 Pohlaví
- Graf č. 2 Věk respondentů
- Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Graf č. 4 Víra
- Graf č. 5 Délka praxe
- Graf č. 6 Správnost definice
- Graf č. 7 Správně určené příznaky
- Graf č. 8 Typy hodnotících nástrojů
- Graf č. 9 Intervence k diagnóze úzkost ze smrti
- Graf č. 10 Zájem získávání informací
- Graf č. 11 Způsob získávání informací
- Graf č. 12 Využití vědomostí / dovedností v praxi
- Graf č. 13 Jak často pracuje s pacientem, u kterého je tato diagnóza
- Graf č. 14 Používání diagnózy úzkost ze smrti
- Graf č. 15 Klinické diagnózy, u kterých se tato oše. diagnóza vyskytuje
- Graf č. 16 Potíže při pečování o tyto pacienty
- Graf č. 17 Řešení potíží
- Graf č. 18 Výsledek testu s délkou praxe
- Graf č. 19 Výsledek testu a sebevzdělávání
- Graf č. 20 Věk a sebevzdělávání
- Graf č. 21 Problémy s péčí a víra
- Graf č. 22 Výsledek testu a dosažené vzdělání

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha i. Edukační materiál

Příloha ii. Algoritmus

Příloha iii. Dotazník

Příloha iv. Žádosti o výzkumné šetření

Příloha i. Edukační materiál

EDUKAČNÍ PROGRAM NA TÉMA: ÚZKOST ZE SMRTI JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM V DOMÁCÍ PÉČI

1 Co to je úzkost

Úzkost je zpravidla spojena s pocitem vnitřního neklidu, který je někdy označován jako nervozita. Často se projevuje jako pocit, že musíme ještě něco udělat, dokonat, pocit hledání čehosi a pocit, že se to nedá dlouho vydržet. Pacient zpravidla dovede pocit úzkosti lokalizovat do určité části těla nebo orgánu. Za příčinu úzkosti můžeme pokládat v první řadě podněty, které signalizují nebezpečí.⁸²

„Anxieta (úzkost) může být definována jako nepříjemný emoční prožitek pohybující se v rozmezí od mírné úzkosti až po intenzivní strach. Je doprovázena pocity nepříjemnosti, které často mají menší či větší zevní příčinu. Stavby úzkosti jsou velmi často doprovázeny charakteristickými somatickými, fyziologickými, autonomními, biochemickými, endokrinologickými a behaviorálními změnami“.⁸³

Úzkost můžeme to rozdělit na pasivní a aktivní. Pasivní úzkost je doprovázena charakteristickými symptomy, jakými jsou zástava dýchání, zpomalení pulsu a částečné ochromení pohybu. Aktivní úzkost je doprovázená zrychleným dýcháním, pulsu a zvýšením svalového napětí.⁸⁴

Mezi obvyklé projevy úzkosti patří široká škála příznaků, mezi které patří prožitky napětí a obav, o pocity chvění, různě vyjádřený třes, bolesti na hrudi a obtíže s dechem, bušení srdce, palpitace, polévání horkem i chladem, bolesti v oblasti břicha, bolesti hlavy, narušení spánku až po časté nucení na močení.⁸⁵

⁸² ULČ, I., Úzkost a úzkostné poruchy, s. 12

⁸³ ULČ, I., Úzkost a úzkostné poruchy, s. 17

⁸⁴ ULČ, I., Úzkost a úzkostné poruchy, s. 18

⁸⁵ ULČ, I., Úzkost a úzkostné poruchy, s. 27

2 Emocionální stav umírajícího

Proces odchodu vyvolává výraznou odezvu v psychice nemocného. Můžeme si toho všimnout jak v oblasti myšlení, tak v oblasti emocí.

Termín emocionální indukce znamená, že strach z jednoho indukuje v druhém také strach, ale i naděje jednoho indukuje naději v druhém.

Charakterizuje-li něco situaci umírání, a to jak na straně pacienta, tak i toho, kdo mu stojí na blízku, pak je to soubor negativních emocí, označovaný termíny úzkost a strach.

Anxietu můžeme popisovat jako neurčitý a difúzní pocit obav, bázně a tísně. Jde o obavy z vlastní existence.⁸⁶

Horowitzův model 5 fází odchodu analyzuje prožívání emocí u umírajících pacientů. Těmito fázemi jsou:

- 6) **Výkřik** Jedná se reakci na zprávu o vážném zdravotním stavu. Emoce se mohou skrývat za hravými projevy nebojácnosti. Jindy se může nemocný projevovat výbuchy hysterického strachu, pláče a zoufalství. Jindy psychickou ochablostí, omdléváním, úzkostí.
- 7) **Popírání** Jde o stav pacienta, kdy vědomě nebo nevědomě popírá skutečnost, nechce ji vidět. Zdá se být zcela apatický, bez zájmu, chová se a hovoří „jako by se nic nestalo“.
- 8) **Intruze** Nutkavé myšlení na to, co pacienta šokovalo. Stále musí myslet na to, co se s ním děje. Donekonečna to opakuje naslouchajícímu. Má noční můry, děsivé sny přicházejí a při zasnění přes den. Děsivé myšlenky ulpívají a jsou velmi vyčerpávající, berou sílu, radost, naději.
- 9) **Vyrovnávání** Je to stadium hledání cesty z bezvýchodné situace. Pacientovi se daří přemýšlet o jiných možnostech, případně zkoušet jiné cesty. Je to pokus o řešení neřešitelné situace. Nemocný v této fázi hledá alternativní způsoby léčení. Tato fáze je nejvhodnější pro doprovázení nemocných, pro duchovní zvládnání

⁸⁶ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., Poslední úsek cesty, Návrat domů, s. 25-26

těžkých situací. Změna z postoje odmítavého k postoji přijetí, je velmi náročná a je dobré, když má na blízku nějakého přítele nebo jinou osobu, které důvěřuje.

10) Smíření Tímto se nemění jen přijetí situace a vyrovnání se s ní, ale stav, kdy je pacient schopen myslet na těžkou situaci, aniž by ho to příliš deprimovalo, a zároveň je schopen na ni nemyslet, jestliže to nechce. Nejde o stav rezignace nebo ztuhnutí ve vzdoru, ale o „postavení se nad věc“.⁸⁷

3 Existenciální tíseň (formy tísně)

Všichni členové paliativní péče musí umět zvládnout tíseň pacienta. Zejména sestry, které vytvářejí blízký vztah s pacientem a jejich rodinami, zde hrají důležitou roli. Musí být schopny rozpoznat tíseň a pečovat o tyto pacienty.

Tíseň (distres) můžeme definovat jako nepříjemný pocit, jehož příčinou jsou psychické, fyzické, sociální nebo spirituální problémy.⁸⁸

Existenciální tíseň je definována jako tíseň, která pochází z konfrontace s podstatou existence – patří sem otázky smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty. Lidé nábožensky věřící si tyto otázky kladou metaforickým jazykem své náboženské tradice. Kontakt s knězem nebo duchovním příslušné církve, svátosti a jiné rituály, ale také neformální náboženská modlitba a čtení bible s nejbližšími mohou umírajícímu věřícímu nemocnému výrazně pomoci. Je důležité, aby příbuzní i nevyлéčitelně nemocný využili svůj omezený čas závěru života ke sdílení přátelství a lásky, k usmíření starých zranění, ale také k urovnání věcí v oblasti majetkové.

Důležitých pět slov na konci života

- „Odpust' mi“
- „Odpouštím ti“
- „Děkuji“
- **Mám tě rád“**
- **Sbohem**

⁸⁷ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S., Poslední úsek cesty, Návrat domů, s. 40

⁸⁸ O'CONNOR, M., ARANDA, S., Paliativní péče pro sestry všech oborů, s.184

Tato slova nemusí v rozhovoru s nemocným v této době zaznít přímo. Vyjadřují však ve stručnosti důležité oblasti, ve kterých se rozhoduje o tom, zda bude odchod umírajícího lidsky hlubokou a důstojnou událostí.⁸⁹

Formy existenciální tísně viz tabulka č.1

Ohrožení vlastní existence může způsobit přetrvávající úzkost nebo depresi, které vyžadují léčbu.

Formy existenciální tísně (tabulka č.1)⁹⁰

Existenciální zátěž	Úspěšná adaptace	Existenciální tíseň	Příznaky	Související psychiatrické poruchy
Smrt	Uvědomění si a přijetí smrti	Úzkost spojená se smrtí	Strach z umírání nebo smrti, panika a objevení se fyzických příznaků, starosti z neisté budoucnosti, ztráta spirituální nebo náboženské víry	Úzkost a panické poruchy (agorafobie), syndrom úzkosti, akutní stres, porucha adaptace a úzkostí
Smysl života	Duševní klid a pocit naplněného života, odvaha žít život naplno	Demoralizace	Pocit, že nic nemá cenu, ztráta duchovní síly, ztráta role, bezmocnost, touha zemřít	„demoralizační syndrom“, depresivní poruchy
Zármutek	Smutný, ale smířený s tím, že se musí rozloučit	Komplikovaný zármutek (truchlení)	Intenzivní plačtivost, smutek, zloba, pocit nespravedlnosti, depresivní nálady	Depresivní poruchy
Osamocení	Doprovázen a podporován rodinou a přáteli	Existenciální osamocení	Izolovaný, pocit úplného osamění	Dysfunkční rodina, chybějící sociální podpora, problémy ve vztazích

⁸⁹ SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ L., Umřít doma, příručka pro laické pečující, s. 35

⁹⁰ O'CONNOR, M., ARANDA, S., Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 184

Svoboda	Přijetí křehkosti a závislosti na pomoci ostatních	Ztráta kontroly	Zlost ze ztráty kontroly, obsesivní problémy při rozhodování, nerealistická přání, nedodržování léčby, strach ze závislosti	Fobie, obsesivní kompulzivní syndrom, zneužívání látek
Důstojnost	Důstojný i přes přítomnost nemoci, znetvoření nebo handicap	Ztráta hodnoty	Rozzlobený nebo rozrušený z nemoci, stud, problémy s body image, strach z pětěže pro ostatní	Adaptační poruchy

S blížící se smrtí se zvyšuje úzkost pacienta. Ti, kteří měli to štěstí, že prožili dlouhý a naplněný život, se mohou se smrtí smířit. U ostatních lidí se vyskytuje silná úzkost ze smrti. Tíseň zhoršuje nejistota z toho, kdy ke smrti dojde.

Úzkost se může projevit jako děs, rozrušení nebo panika, maladaptivní chování, špatné vyrovnávací mechanismy nebo somatické problémy. Tyto projevy mohou být mírné až extrémně silné.

Ztráta sebevědomí je pochopitelná reakce na různé změny. Těžká forma ztráty sebevědomí představuje patologický stav, protože způsobuje zvýšenou tíseň. V případě zhoršení stavu může pacienta velmi poškodit, někdy vede až k sebevraždě.

Mezi diagnostická kritéria můžeme řadit symptomy existenciální tísně (ztráta smyslu, beznadějí), pesimismus, bezmoc a ztráta motivace vyrovnat se s nastalou situací, sociální izolace, odcizení nebo nedostatečná podpora, tyto fenomény by měly trvat déle než dva týdny.⁹¹

Sestra pozná, že pacient trpí, podle gest, postavení těla, tichého pláče a jiných projevů, které pozoruje při poskytování péče. Citlivá a empatická péče o terminálně nemocné pacienty je základním kamenem klinické péče, protože navazuje tam, kde kauzální léčba již není možná, a pokračuje až do smrti pacienta.⁹²

⁹¹ O'CONNOR, M., ARANDA, S., Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 194

⁹² O'CONNOR, M., ARANDA, S., Paliativní péče pro sestry všech oborů, s. 199

4 Kvalita života

Po mnoha snahách zjistit co to vlastně kvalita života je, vědci dospěli k závěru, že jde o subjektivní hodnotu. Tuto skutečnost můžeme vidět u handicapovaných a vážně nemocných, kteří i přes nerovnost šancí mohou vést kvalitní život.

Jisté je, že určitá objektivní kritéria je třeba používat, protože při dlouhodobém nepříznivém zdravotním stavu vzniká postiženému nárok na částečný nebo plný invalidní důchod a nárok na dávky sociální pomoci a podpory. Tato opatření se snaží zmírnit pacientovu sociální situaci a zmírnit nerovnost šancí. V rovině psychického prožívání však nemusí nutně docházet k redukci pocitů vážících se ke kvalitě života.

V životě je třeba se smířit se ztrátami, které přímo nebo nepřímo souvisí s existencí nemoci. Omezené možnosti však nutně neznamenají ztrátu kvality života. Každá ztráta však musí být nějakým způsobem kompenzována. V oblasti onkologické péče je třeba neustále usilovat o to, aby se nemocný cítil alespoň relativně dobře a aby byly minimalizovány pocity označované jako špatné. Je třeba dbát na medicínu maličností a nešetřit pochvalou, když se nemocnému daří realizovat cíle.⁹³

5 Fáze umírání

Někteří autoři popisují reakce pacientů, kterým bylo sděleno, že mají vážné onemocnění, jako modely s několika fázemi. Vůbec nejznámějším modelem je popis stádií emocionální odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci od Elizabeth Kübler-Rossové. K popisu těchto stádií došla tato psychiatricka na základě mnoha desítek rozhovorů s vážně nemocnými pacienty. Těmito stadii procházejí vážně nemocní od stadia *pre finem* do ukončení stadia *in finem*. Je ale nutno podotknout, že jednotlivá stadia na sebe nemusí chronologicky navazovat, mohou se střídat, opětně objevovat (například nemocný ze stadia smíření se může opakovaně vrátit ke kterémukoli předešlému stadiu). Těmito fázemi prochází také rodina, která se může nacházet v jiných fázích než nemocný.

6) *Zavírání očí před skutečností* (šok, popírání, stažení se do izolace) Kladou si otázku a odpovídají: „Já? To není možné!“ Tato fáze funguje jako nárazník

⁹³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., Paliativní medicína, s. 432

před úděsem z diagnózy. Trvá obvykle krátkou dobu. V této fázi je velmi důležité, jakým způsobem je nemocný o svém zdravotním stavu informován.⁹⁴

7) **Zloba (zlost)** V tomto stádiu si nemocný klade otázky typu: „Proč zrovna já?“ „Proč ne tamten?“ Je to náročnější fáze; také pro okolí nemocného – rodinu, personál zdravotnického zařízení. Vše, co dělají ostatní, je špatně. Pacient se brání tomu, aby byl ostatními zapomenut, a proto na sebe upozorňuje všemožnými požadavky.⁹⁵

8) **Vyjednávání** (smlouvání) Je to spíše prchavá fáze, ale pro pacienta je často důležitá. Je jakýmsi obchodním vyjednáváním, uzavřením smlouvy s Bohem o prodloužení života např. za to, že bude konat dobro, bude sloužit Bohu nebo církvi. Tyto sliby mohou pramenit z pocitů viny.⁹⁶

9) **Deprese** Kübler-Rossová popisuje 2 typy deprese, které jsou rozdílné a vyžadují proto i odlišný přístup v pomoci u těchto lidí. Prvním typem deprese je deprese reaktivní, druhým typem je deprese přípravná.

a) **reaktivní deprese** – vzniká z pocitu velkých ztrát. Jsou to ztráty způsobené změnou zevnějšku vlivem onemocnění a léčbou tohoto onemocnění. Je to také ztráta pracovního místa. Tato fáze bývá doprovázena zoufalstvím a pocity studu a viny. Nemocní si mohou dělat starosti o zaopatření rodiny.

b) **přípravná deprese** – nevzniká ze vzniklé ztráty, ale ze ztráty hrozící. Tato forma deprese probíhá na rozdíl od deprese reaktivní většinou velmi potichu. Nemocný odmítá přílišné vstupování do svého soukromí od návštěvníků, kteří se jej pokoušejí rozptýlit. Pomoci můžeme nemocnému tím, že mu dopřejeme, aby truchlil, ale jsme mu nablízku.⁹⁷

10) **Souhlas** Fáze souhlasu je osvobozena od krutých pocitů. Je to čas „posledního klidu před dlouhou cestou“. V tomto období obvykle potřebuje více pomoci rodina, než sám pacient. Nemocný chce být ponechán v klidu. Jestliže si to

⁹⁴ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., Rozhovory s umírajícími, s. 15-21

⁹⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., Rozhovory s umírajícími, s. 22-42

⁹⁶ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., Rozhovory s umírajícími, s. 45-47

⁹⁷ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., Rozhovory s umírajícími, s. 49-64

pacient přeje, je pro něj naše přítomnost znamením toho, že při něm stojíme až do konce. I společné mlčení může být způsobem komunikace.⁹⁸

Fáze umírání podle Kübler-Ross (tabulka č. 2)⁹⁹

Fáze		Projevy	Co s tím?
1.	Negace Šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnily výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese Hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání Vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese Smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny...)
5.	Smíření souhlas	Vyrovnání, pokora, skočil boj, je čas loučení „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utírat slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje víc pomoci než pacient.

6 Praktické přístupy k umírajícím

Obecně panuje shoda v názoru, že proces umírání by měl mít důstojný ráz. Abychom postupně dospěli k jisté formě ritualizace procesu umírání a abychom mohli účinně konkretizovat svoji pomoc umírajícím, musíme sladit své roztříštěné představy s realitou a popsat, s čím se pravděpodobně setká každý, kdo se podílí na “laskavém doprovodu“. Je žádoucí, aby zdravotníci poskytovali rodině umírajícího informace, právě tak jako kontinuální emotivní podporu. Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, ve které dominuje strach a nejistota. Umírání je proces, během kterého má člověk stále méně fyzických i psychických sil.

⁹⁸ KÜBLER-ROSSOVÁ, E., Rozhovory s umírajícími, s. 67-79

⁹⁹ KUTNOHORSKÁ, J., Etika v ošetrovatelství, s. 73

Ve snech nebo polospánku umírající rekapituluje svůj život a hodnotí ho. Někdy vítá přítomnost druhých, jindy je vděčný za rozjímání o samotě. Proces umírání postupuje a smrt se přibližuje. Příbuzní by měli být poučeni o tom, že se smrt ohlašuje příznaky, jako jsou slábnoucí puls, pokles krevního tlaku, tělesné teploty a dýchání bývá nejen nepravidelné, ale i ztížené. Někdy může nastat jakési zlepšení stavu nemocného. Umírající je náhle bdělý, plný života, dobře slyší, odpovídá na otázky a sám je i klade, vyslovuje různá přání. Má dokonce potřebu posadit se, vstát. Všechny tyto projevy znamenají, že umírající naposledy přijímá podíl na životě. Je to labutí píseň a je dobré, když ji umírající může prožít společně se svými blízkými. Podle odborníků nastává euforie 2 až 3 den před smrtí. Euforie je střídaná fází nazývanou kóma, popřípadě smrtelné kóma. Umírající opět nevnímá okolí, ale slyší. Je vhodné přizvat příbuzné, aby řekli umírajícímu vše, co ještě pokládají za důležité. Taková slova nejen ritualizují, a tudíž i zklidňují emotivně vypjatou chvíli, ale jsou též prevencí pocitů viny, že něco podstatného nebylo vyřčeno včas.¹⁰⁰

7 Psychologické přístupy k umírajícím

Nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo dokonce umírajícímu člověku, je velice obtížné a patří asi k vrcholným profesionálním dovednostem sestry nebo lékaře. Zdravotníci však nerespektují právo pacienta na pravdivé informace o jeho zdravotním stavu, protože nejsou připraveni převzít psychologickou péči o člověka, který se ocitá na konci života. Nepravdivé informování se v praxi nejčastěji omlouvá tím, že by nemocný takovou pravdu neunesl. Kdo by neunesl tu pravdu, je zdravotník, který si neosvojil odpovídající způsob komunikace.

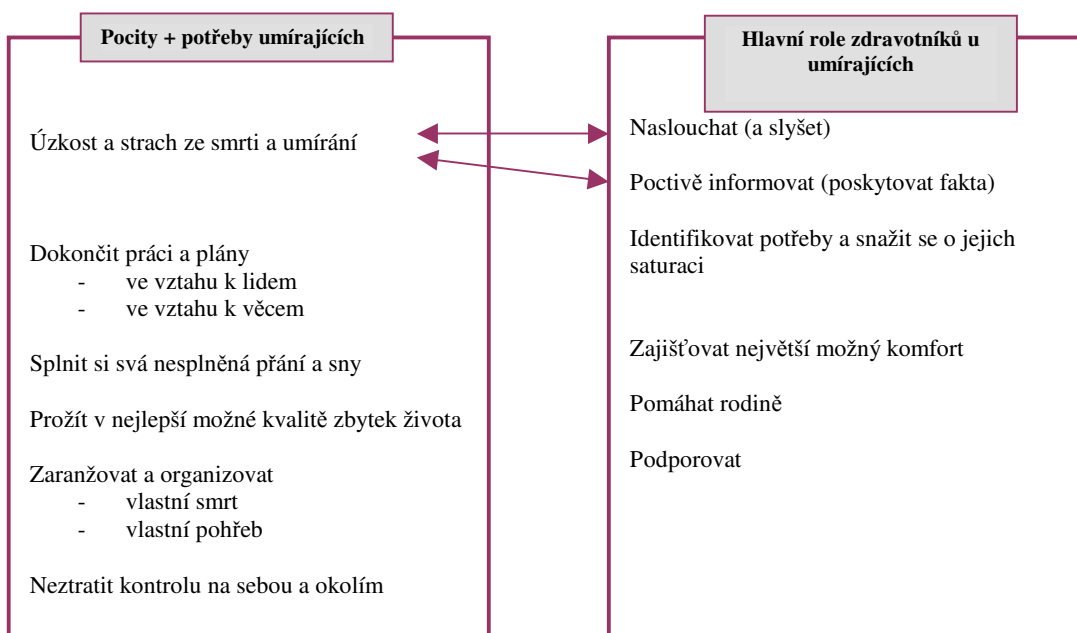
Pokud nemocný informace požaduje, samozřejmě mu je jeho lékař poskytně. Ten si však musí uvědomit, že existují určitá komunikační pravidla, která ovlivňují přijetí informace nemocným. Mezi tyto pravidla, patří zodpovězení otázek kde, kdo, kdy a jak budou informace pacientovi sděleny.¹⁰¹

¹⁰⁰ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., Paliativní medicína, s. 440-442

¹⁰¹ ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., Speciální psychologie, s.133

8 Zásady přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím

- pravdivě informovat, pokud pacient tyto informace požaduje
- informace o zdravotním stavu má podávat ošetřující lékař
- každému nemocnému musí zůstat naděje na zlepšení nebo vyléčení, bez naděje se nelze s chorobou vypořádat
- neodhadovat čas, který nemocnému zbývá
- nepoužívat slova, která posilují strach a úzkost, jako jsou nádor, rakovina, zhoubné onemocnění, bolest
- nezapomínat, že prvořadou potřebou umírajících je fyzická přítomnost a přímý tělesný kontakt blízkých osob
- považovat za samozřejmé, že nemocný i jeho rodina nárokují množství času k rozhovoru
- pomáhat rodině i po úmrtí, přiznat čas na truchlení¹⁰²



¹⁰² ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M., Speciální psychologie, s. 135

9 Problémy zdravotníků

Práce v paliativní medicíně klade velké nároky na psychiku profesionálního pracovníka. Pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou nervově labilní, nebo osoby s hraniční osobností. Dalším předpokladem je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivost. Pro začátečníka v této práci by měl být kdykoli k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo někdo ze starších pracovníků, kterému by se mohl svěřit se svými problémy. Tento supervizor by mu měl pomoci pochopit jeho motivaci ke zvolené práci a také postoj k vlastní smrti.¹⁰³

Dalším požadavkem na pracovníka v tomto oboru je jeho schopnost komunikace. Od administrativních pracovníků zdravotnického zařízení se vyžaduje alespoň jakési komunikační minimum, to je slušnost, trpělivost, klidné vystupování a seriózní jednání. Ve všech zdravotnických zařízeních by měla platit zásada: omyl lze odpustit, vědomou hrubost a nedbalost nikdy. Je lidské, když někdy nastane selhání v chování na základě únavy, ale pak musí mít pracovník náhled, že nejednal správně, a musí se i umět omluvit. Výhodou pro každého pracovníka je dobré rodinné zázemí.¹⁰⁴

Svou úzkost, kterou si lékaři a sestry zpravidla nechtějí připustit a potlačují ji, řeší nejčastěji omezením komunikace s pacientem a únikem do jiných činností. Někdy je tento únik tak zjevný, že signalizuje kolaps komunikace. Pacient tím trpí a vysvětluje si to pohrdáním svou osobou. Lékaři však projevují nedostatek komunikace nejen s pacienty, ale i s kolegy.

K vážnějším profesionálním deformacím patří citová plochost, která může být buď pouze hraná, nebo projevem skutečného citového otupení. Projevuje se cynismem, beztakovým jednáním, nevhodným vtipkovaním i před pacienty, zbytečným, hlasitým, zlehčujícím hovorem o intimních věcech pacientů, personálu a někdy i o svých vlastních. Dotyčný má radost, když tím přivádí okolní osoby do rozpaků.

Nejčastějším emocionálním problémem zdravotnického personálu je syndrom vyhoření.¹⁰⁵

¹⁰³ BOULECKÝ, Z., et.al, Psychologické a psychiatrické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné, s. 59.

¹⁰⁴ BALINT, M., Lékař, jeho pacient a nemoc, s. 67.

¹⁰⁵ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., Paliativní medicína, s. 478-480.

10 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření byl původně popsán v americké psychiatrii a definován jako důsledek specifického profesionálního rizika psychiatrů, kteří musí neustále pozorovat, přijímat a pracovat s různými pocity svých pacientů.

Později bylo opakovaně doloženo, že syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven velké emotivní psychické zátěži. Se syndromem vyhoření se pravidelně setkáváme u zdravotníků, učitelů a všech, kteří pracují s lidmi.

Ve všech uvedených profesích se předpokládá zájem o druhého člověka, v pomáhajících profesích pak značná schopnost empatie. Míra empatie je vrozená, lze ji však kultivovat. Zdravotník by se měl umět vcítit do pocitů nemocného, o kterého se stará, ale měl by se jich umět také zbavit. Návik identifikačních a reidentifikačních technik je nutné svěřit odborníkům, tedy psychologům. Technicky dobře zvládnutá empatie snižuje sice riziko syndromu vyhoření, ale nevylučuje ho. Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou zájmů i citů, a to nejen vůči pacientům, ale i vůči rodině, přátelům a kolegům. Někdy dochází k úvahám o správnosti volby povolání a o tom, jestli můžeme druhému člověku vůbec pomoci.

Syndrom vyhoření se projevuje častější absencí na pracovišti a vzrůstá počet pacientů, kteří rezignují. Vyhořelý profesionál zkracuje dobu, kterou tráví s nemocnými, na minimum a naopak vítá nejen účast na konferencích a schůzích, ale dokonce se s jistou radostí věnuje administrativní práci. Zdravotní sestry používají slova a obraty, kterými devalvují pacienty zesměšňují kolegy nebo další osoby a zaujímají četné obranné postoje. Pro všechny profesní kategorie platí, že osoby, které se nacházejí v syndromu vyhoření, trpí úzkostí a hněvem, na druhé lidi se dívají s nedůvěrou a mají tendenci u nich hledat jen špatné vlastnosti.

Syndrom vyhoření vzniká pravidelně a většinou se rozvíjí za 2-5 let po nástupu do zaměstnání. Na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů. Pokud je málo personálu a v důsledku toho nelze odvést práci v požadované kvalitě, syndrom vyhoření vznikne rychleji. Je-li naopak zvolená specializace mimořádně technicky náročná, soustředí se pracovník na zvládnutí instrumentální stránky péče a oddálí tím vznik syndromu vyhoření.

Přestože existují velké individuální rozdíly v psychických dispozicích, lze konstatovat, že syndrom vyhoření hrozí každému, a téměř u všech se v různé míře projeví. Vyhořelý pracovník je zdánlivě autentický, žije ve zdánlivě dobrých mezilidských vztazích, setrvává ve zdánlivých přátelstvích a je zdánlivě tolerantní. Námaha spojená s dodržováním formálního pořádku je obrovská a stojí více sil než vykonání daných úkolů.

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je namáhavá a psychicky zatěžující. Ideální je prevence, která zahrnuje nejen důslednou duševní hygienu, ale i kvalitní přípravu na specifika práce s umírajícími. V souvislosti se syndromem vyhoření je důležité vědět, jak se projevuje a jakým způsobem je možné ho léčit. Syndrom vyhoření probíhá v několika fázích.

Fáze syndromu vyhoření

- **Naděšení** – velké naděje, nerealistická očekávání, idealismus, elán do práce
- **Stagnace** – střet s realitou, člověk je donucen slevit ze svých ideálů
- **Frustrace** – pocity zklamání a marnosti týkající se efektivity a smyslu pracovní činnosti.
- **Apatie** – člověk dělá pouze to, co musí. Dehumanizace – ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Tato ztráta vede k „zvěcnění“ sociálního světa, člověk se dívá na lidi jako na věci, na materiál. Necitlivé a necitelné chování, cynismus, ironie a sarkasmus. Ztráta úcty k vlastnímu životu.
- **Intervence** – cokoliv, co vede k přerušování vyhořívání.

Pokud je zdravotník právě vyhořelý, je vhodné ho přeložit na jiné, méně stresující oddělení, s vědomím, že nejméně půl roku musí být člověk mimo traumatizující prostředí, aby byl schopen se vrátit a vidět své problémy jinak.¹⁰⁶

¹⁰⁶ HAŠKOVCOVÁ, H., Thanatologie, s. 155-157.

Duševní hygiena

Psychohygiena je obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví. Pomáhá k tomu soubor opatření, postupů a poznatků o způsobu života a chování, které umožňují zachovat si a udržet psychosomatické zdraví.

Základním pojmem duševní hygieny je pojem duševního zdraví, pod kterým chápeme dosažení ideálního stavu, který je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny. Dalším pojmem je správná adaptace, jde o proces, kterým se dosahuje duševního zdraví. Průběh této adaptace je ovlivňován stresory, které přinášejí zvýšenou zátěž. S tím dále souvisí také frustrace, respektive frustrující podněty, které maří potřeby jedince a tím ztěžují jeho adaptaci. Tuto frustraci můžeme potlačit kromě úpravy životosprávy svých sociálních vztahů také autoregulací (sebevýchovou) jedince a aplikací speciálních uklidňovacích cvičení¹⁰⁷, jako například jsou:

Spontánní svalová relaxace - V běžném životě člověk provádí spontánní relaxaci - uvolňování tenze - obvykle ve chvílích svého odpočinku; spánek například nemůže nastoupit, dokud tenze neklesla pod určitou hranici.

Autogenní trénink J.H. Schultze - Schultzův autogenní trénink je jedním z nejčastěji používaných a také nejúspěšnější relaxační cvičení. Cvičení využívá objektivního uklidňujícího účinku svalové relaxace, autosugestivní cestou navozených představ klidu, koncentrace na citově indiferentní podněty, pravidelného dýchání atd.¹⁰⁸

Duševní zdraví můžeme definovat dvojitým způsobem:

Užší pojetí ztotožňuje duševní zdraví s nepřítomností příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace.

Širší pojetí duševního zdraví nezdůrazňuje nepřítomnost poruch, ale naopak se snaží charakterizovat, popsat jevy optimálního duševního zdraví, což splývá s popisem optimální životní adaptace.

¹⁰⁷ CHAMOUTOVÁ, K., Duševní hygiena, s. 4 –7.

¹⁰⁸ CHAMOUTOVÁ, K., Duševní hygiena, s. 137.

Pod pojmem adaptace v psychologii chápeme proces, v němž se osobnost jedince přizpůsobuje měnícím se podmínkám svého vnějšího prostředí a svého vnitřního, subjektivního světa. Duševní rovnováha jedince zpravidla úzce souvisí s jeho zdravím tělesným. Pracovník se známkami nevyrovnanosti podává ve své profesi podstatně nižší výkon nebo se neúměrně vyčerpává, stresuje lidi kolem sebe a přispívá k jejich nevyrovnanosti.¹⁰⁹

Obecné zásady duševní hygieny jsou dostatečně známy. Vzhledem k reálné existenci syndromu vyhoření je nutné zdůraznit potřebu dostatečného a pravidelného odpočinku, ovládání principů asertivní strategie.

Život člověka moderní doby je poznamenán shonem, neklidem, velkým množstvím podnětů, které je nucen zvládat. U mnoha lidí se vytváří napětí, tenze, které mají tendenci se hromadit. Jedinec, který se nedokáže zbavit svého napětí, stává se přístupnějším negativním vlivům a dochází k dalšímu zvyšování napětí. Je důležité se vyrovnat se svými vlastními starostmi, existuje několik způsobů, jako například:

- Objektivizace starostí
- Racionalizace a relativizace vlastních starostí, srovnání se starostmi druhých, bagatelizace
- Aktivní řešení, případně odstranění příčin starostí
- Interferenční řešení (zapomenutí při intenzivní práci, myšlení na něco jiného)
- Citové přeladění (pohled z humorné stránky, odreagování, relaxace)
- Úniková řešení (odklad termínu řešení na neurčito, ignorování starostí)¹¹⁰

I při vysokém pracovním zatížení je třeba udržovat kontakty s lidmi mimo obor a nezapomínat na stará přátelství. Je potřeba pravidelně chodit do přírody, nezříkat se návštěv výstav, kin... Pokud má zdravotník koníčka, měl by ho rozvíjet, i když lze připustit redukci času, který může při časově náročném povolání věnovat.¹¹¹

¹⁰⁹ CHAMOUTOVÁ, K., Duševní hygiena, s. 13.

¹¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., Duševní hygiena zdravotní sestry, s. 30.

¹¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H., Thanatologie, s. 157.

11 Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém ¹¹²

Úzkost ze smrti 00147

- **doména:** Zvládání / tolerance stresové zátěže
- **třída:** reakce zvládání
- **definice:** Nejasné úzkostné pocity z nepohodlí nebo strachu vystupňovaného vnímáním skutečného nebo vymyšleného ohrožení života.

Charakteristické znaky:

- vyjadřuje obavy z přetížení pečovatele
- vyjadřuje hluboký smutek
- vyjadřuje obavu z rozvoje terminálního onemocnění
- vyjadřuje obavu ze ztráty duševní způsobilosti při umírání
- vyjadřuje obavu z bolesti týkající se umírání
- vyjadřuje obavu z předčasné smrti
- vyjadřuje obavu z procesu umírání
- vyjadřuje obavu z prodlouženého umírání
- vyjadřuje obavu z utrpení souvisejícím s umíráním
- vyjadřuje obavu z pocitu bezmocnosti nad umíráním
- vyjadřuje negativní myšlenky související se smrtí nebo umíráním
- vyjadřuje obavu z dopadu něčí smrti na ostatní

Související faktory:

- očekávání nepříznivých následků celkové anestezie
- očekávání dopadu ze smrti na ostatní
- očekávání bolesti
- očekávání utrpení
- uvědomění si terminálního onemocnění
- diskuse na téma smrt
- zkušenost s umíráním
- odmítnutí vlastní smrtelnosti
- pozorování související se smrtí

¹¹² HEDRMAN, H. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification*, s. 244.

- povšimnutí si blízkosti smrti
- nejistota se setkáním s vyšší mocí
- nejistota v existenci vyšší moci
- nejistota ze života po smrti
- nejistota z budoucnosti / prognózy

12 Propojení NANDA, NIC a NOC¹¹³

¹¹³ JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H. et al. *NANDA, NOC and NIC Linkages*, s. 135-138.

Cíle	Hlavní intervence	Navržené intervence	Volitelné intervence
Přijetí zdravotního stavu Definice: okolnosti vedoucí ke smíření s výraznou změnou ve zdraví.	<ul style="list-style-type: none"> - zvládnutí - nadhled - emoční podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - předběžné poučení - podpora v rozhodování - usnadnění při zpracování žalu - vložení naděje - přítomnost - duchovní podpora - systém podpory - povznesení - objasnění hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - doporučení - pravdomlupnost
Zvládnutí úzkosti Definice: individuální činnost k eliminaci nebo redukci pocitu z obav, napětí nebo znepokojení z neidentifikovatelných příčin.	<ul style="list-style-type: none"> - redukce úzkosti - péče o umírající 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - uklidňující techniky - povznesení se - muzikoterapie - přítomnost - jednoduché masáže - jednoduchá relaxační terapie - duchovní podpora - dotek 	<ul style="list-style-type: none"> - léčba přítomností zvířat - aromaterapie - biblioterapie - umožnění meditace - zlepšení spánku
Poklidná smrt Definice: Psychická a fyzická pohoda při nastávajícím konci života	<ul style="list-style-type: none"> - péče o umírajícího - řízení bolesti - přítomnost 	<ul style="list-style-type: none"> - zabezpečení klidu na lůžku, péče o sílu, zlepšení spánku - péče o okolí, komfort - zajištění přítomnosti rodiny - řízená medikace, analgetika řízená stavem pacienta - péče o výživu, monitorace stravování, udržování zdravých úst - polohování, podpora v sebepěči, jednoduché masáže, relaxační terapie - uskutečnění snu 	<ul style="list-style-type: none"> - zabránění aspiraci - celková podpora v hygieně - krmení - léčebný dotek

<p>Skříčenost Definice: Upjatost, melancholická nálada a ztráta zájmu o život.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vštípení naděje - duchovní podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - biblioterapie - péče o umírajícího - citová podpora - medikace - péče o dobré rozpoložení - zlepšení spánku 	<ul style="list-style-type: none"> - léčba přítomností zvířat - muzikoterapie - terapie vzpomínáním - zlepšit podpůrný systém
<p>Důstojný konec života Definice: Individuální činnosti k udržení vnímání během blížícího se konce života.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - podpora v rozhodování - péče o umírajícího 	<ul style="list-style-type: none"> - předběžné vedení - redukce úzkosti - prosazení zapojení rodiny - svolání rodiny a umožnění odpuštění - umožnění vyrovnat se s trápením - asistovaná kontrola analgetik pacientem - ochrana pacientových práv - duchovní podpora - vyjasnění hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - dopomoc ovládat hněv - léčba přítomností zvířat - biblioterapie - podpora ošetřovatelů - emocionální podpora - podpora rodinou - muzikoterapie - léčba vzpomínkami - usnadnění spirituálního růstu - umožnění návštěv
<p>Obavy ze sebekontroly Definice: individuální činnost k eliminaci nebo redukci vyřazující obavy z předtuchy, napětí nebo neklid z nějaké určité příčiny.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zvládnání 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivní naslouchání - redukce úzkosti - uklidňující techniky - podpora v rozhodování - péče o umírajícího - emocionální podpora - přítomnost - duchovní podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - léčba přítomností zvířat - podpora ošetřovatele - umožnění meditace - vedení bolesti - uskutečnění snu - jednoduchá relaxační léčba
<p>Duševní zdraví Definice: Propojení mezi sebou samým, ostatními, vyšší silou, celým životem, přírodou, vesmírem, který nás přesahuje a posiluje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - umožnění náboženských rituálů - duchovní podpora 	<ul style="list-style-type: none"> - péče o umírajícího - umožnění odpuštění - překonávat žal - usnadnění spirituálního růstu - objasnění hodnot 	<ul style="list-style-type: none"> - redukce úzkosti - vkládání naděje - umožnění meditace - přítomnost - umožnění uvědomit si sám sebe

Úzkost ze smrti jako ošetřovatelský problém v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Helena Kisvetrová

Vypracovala: Bc. Žaneta Spurná

Obor: Dlouhodobá ošetřovatelská péče u dospělých

Osnova

- Použitá literatura
- Co to je úzkost
- Emocionální stav umírajícího
- Existenciální tíseň
- Kvalita života
- Fáze umírání
- Praktické přístupy k umírajícím
- Psychologické přístupy k umírajícím
- Zásady přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím
- Problémy zdravotníků
- Syndrom vyhoření
- Duševní hygieny
- Úzkost ze smrti jako ošetřovatelský problém
- Propojení NANDA, NIC a NOC

Použitá literatura

- BALINT, M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1999. 330s. ISBN 80-70-62-425-6.
- BOULECKÝ, Z., et al. *Psychologické a psychiatrické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2003. 710s. ISBN 80-315-4512-8.
- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání Brno: NCO NZO, 2003. 173s. ISBN 80-7013-386-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání, Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN: 978-80-7262-471-3.
- CHAMOUTOVÁ, K. *Duševní hygiena*. 1. vydání Praha, 2006. 209 s. ISBN 80-213-1452-4.
- JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H. et al. *NANDA, NOC and NIC Linkages*. 2. vydání Mosby Elsevier. 698s. ISBN 13-978-0-323-03189-3.

- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání Návrat domů, Praha, 1995. 93s. ISBN 80-5495-43-0.
- KÜBLER-ROSS, E. *Rozhovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis ve spolupráci s agenturou TMG, 1992. 135s. ISBN 80-85439-04-2.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.
- SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L., *Umřít doma, příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79s. ISBN 978-80-254-2788-0.
- ULČ, I. et al. *Úzkost a úzkostné stavy*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1999. 88s. ISBN 80-7169-790-7.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., et al. *Paliativní medicína*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 480 s. ISBN 80-7169-437.

Co to je úzkost

- Úzkost je spojena s pocitem vnitřního neklidu, který je někdy označován jako nervozita.
- Za příčinu úzkosti můžeme pokládat v první řadě podněty, které signalizují nebezpečí.
- Anxieta (úzkost) může být definována jako nepříjemný emoční prožitek pohybující se v rozmezí od mírné úzkosti až po intenzivní strach.
- Stav úzkosti jsou velmi často doprovázeny charakteristickými somatickými, fyziologickými, autonomními, biochemickými, endokrinologickými a behaviorálními změnami (prožitky napětí a obav, o pocity chvění, různě vyjádřený třes, bolesti na hrudi a obtíže s dechem, bušení srdce, palpitace, polévání horkem i chladem, bolesti v oblasti břicha, bolesti hlavy, narušení spánku až po časté nucení na močení).

Emocionální stav umírajícího

- 1) **Výkřik** Jedná se reakci na zprávu o vážném zdravotním stavu. Emoce se mohou skrývat za hravými projevy nebojácnosti. Jindy se může nemocný projevovat výbuchy hysterického strachu, pláče a zoufalství. Jindy psychickou ochablostí, omdlěním, úzkostí.
- 2) **Popírání** Jde o stav pacienta, kdy vědomě nebo nevědomě popírá skutečnost, nechce ji vidět. Zdá se být zcela apatický, bez zájmu, chová se a hovoří „jako by se nic nestalo“.
- 3) **Intruze** Nutkavé myšlení na to, co pacienta šokovalo. Stále musí myslet na to, co se s ním děje. Donekonečna to opakuje naslouchajícím. Má noční můry, děsivé sny přicházejí a při zasnění přes den. Děsivé myšlenky ulpívají a jsou velmi vyčerpávající, berou sílu, radost, naději.

4) **Vyrovňávání** Je to stadium hledání cesty z bezvýchodné situace. Pacientovi se daří přemýšlet o jiných možnostech, případně zkoušet jiné cesty. Je to pokus o řešení neřešitelné situace. Nemocný v této fázi hledá alternativní způsoby léčení. Tato fáze je nevhodnější pro doprovázení nemocných, pro duchovní zvládnání těžkých situací. Změna z postoje odmítavého k postoji přijetí, je velmi náročná a je dobré, když má na blízku nějakého přítele nebo jinou osobu, které důvěřuje.

5) **Smíření** Tímto se nemění jen přijetí situace a vyrovňání se s ní, ale stav, kdy je pacient schopen myslet na těžkou situaci, aniž by ho to příliš deprimovalo, a zároveň je schopen na ni nemyslet, jestliže to nechce. Nejde o stav rezignace nebo ztuhnutí ve vzdoru, ale o „postavení se nad věc“

Existenciální tíseň

Existenciální zítěž	Úspěšná adaptace	Existenciální tíseň	Příznaky	Související psychiatrické poruchy
Smrt	Uvědomění si a přijetí smrti	Úzkost spojená se smrtí	Strach z umírání nebo smrti, panika a objevení se fyzických příznaků, starosti z nejasné budoucnosti, ztráta spirituální nebo náboženské víry	Úzkost a panické poruchy (agorafobie), syndrom úzkosti, akutní stres, porucha adaptace a úzkost
Smysl života	Důležitý klid a pocit naplněného života, odvažte žít život naplno	Demoralizace	Pocit, že nic nemá cenu, ztráta duchovní síly, ztráta role, bezmocnost, touha zemřít	„demoralizační syndrom“, depresivní poruchy
Zármutek	Smutný, ale smířený s tím, že se musí rozloučit	Komplikovaný zármutek (truchlost)	Intenzivní pláčivost, smutek, slzota, pocit nepravdivosti, depresivní nálady	Depresivní poruchy
Osamocenosť	Doprovázen a podporován rodinou a přáteli	Existenciální osamocenosť	Izolovaný, pocit úplného osamění	Dysfunkční rodina, chybějící sociální podpora, problémy ve vztazích
Svoboda	Přijetí křehkosti a závislosti na pomoci ostatních	Ztráta kontroly	Zlost ze ztráty kontroly, obsesivní problémy při rozhodování, neurvalická přání, nedodržení léčby, strach ze závislosti	Fobie, obsesivní kompulzivní syndrom, zneužívání léků
Důstojnosť	Důstojný i přes přítomnosť nemoci, znetvoření nebo handicap	Ztráta hodnoty	Rozložení nebo rušení s nemocí, stud, problémy s body image, starost z přítěže pro ostatní	Adaptační poruchy

- S blížící se smrtí se zvyšuje úzkost pacienta. Ti, kteří měli to štěstí, že prožili dlouhý a naplněný život, se mohou se smrtí smířit. U ostatních lidí se vyskytuje silná úzkost ze smrti. Tíseň zhoršuje nejistota z toho, kdy ke smrti dojde.
- Úzkost se může projevit jako děs, rozrušení nebo panika, maladaptivní chování, špatné vyrovnávací mechanismy nebo somatické problémy. Tyto projevy mohou být mírné až extrémně silné.
- Ztráta sebevědomí je pochopitelná reakce na různé změny. Těžká forma ztráty sebevědomí představuje patologický stav, protože způsobuje zvýšenou tíseň. V případě zhoršení stavu může pacienta velmi poškodit, někdy vede až k sebevraždě.
- Sestra pozná, že pacient trpí, podle gest, postavení těla, tichého pláče a jiných projevů, které pozoruje při poskytování péče. Citlivá a empatická péče o terminálně nemocné pacienty je základním kamenem klinické péče, protože navazuje tam, kde kauzální léčba již není možná, a pokračuje až do smrti pacienta.

Kvalita života

- V životě je třeba se smířit se ztrátami, které přímo nebo nepřímo souvisí s existencí nemoci. Omezené možnosti však nutně neznamenají ztrátu kvality života. Každá ztráta však musí být nějakým způsobem kompenzována. V oblasti onkologické péče je třeba neustále usilovat o to, aby se nemocný cítil alespoň relativně dobře a aby byly minimalizovány pocity označované jako špatné. Je třeba dbát na medicínu maličností a nešetřit pochvalou, když se nemocnému daří realizovat cíle

Fáze umírání

- **1) Zavírání očí před skutečností** (šok, popírání, stažení se do izolace) Kladou si otázku a odpovídají: „Já? To není možné!“ Tato fáze funguje jako nárazník před úděsem z diagnózy. Trvá obvykle krátkou dobu. V této fázi je velmi důležité, jakým způsobem je nemocný o svém zdravotním stavu informován.
- **2) Zloba (zlost)** V tomto stádiu si nemocný klade otázky typu: „Proč zrovna já?“ „Proč ne tamten?“ Je to náročnější fáze; také pro okolí nemocného – rodinu, personál zdravotnického zařízení. Vše, co dělají ostatní, je špatně. Pacient se brání tomu, aby byl ostatními zapomenut, a proto na sebe upozorňuje všemožnými požadavky.
- **3) Vyjednávání** (smlouvání) Je to spíše prchavá fáze, ale pro pacienta je často důležitá. Je jakýmsi obchodním vyjednáváním, uzavřením smlouvy s Bohem o prodloužení života např. za to, že bude konat dobro, bude sloužit Bohu nebo církvi. Tyto sliby mohou pramenit z pocitů viny.
- **4) Deprese** Kübler-Rossová popisuje 2 typy deprese, které jsou rozdílné a vyžadují proto i odlišný přístup v pomoci u těchto lidí.
- **5) Souhlas** Fáze souhlasu je osvobozena od krutých pocitů. Je to čas „posledního klidu před dlouhou cestou“. V tomto období obvykle potřebuje více pomoci rodina, než sám pacient. Nemocný chce být ponechán v klidu. Jestliže si to pacient přeje, je pro něj naše přítomnost znamením toho, že při něm stojíme až do konce. I společné mlčení může být způsobem komunikace.

Praktické přístupy k umírajícím

- Obecně panuje shoda v názoru, že proces umírání by měl mít důstojný ráz.
- Abychom postupně dospěli k jisté formě ritualizace procesu umírání a abychom mohli účinně konkretizovat svoji pomoc umírajícím, musíme sladit své roztržité představy s realitou a popsat, s čím se pravděpodobně setká každý, kdo se podílí na “laskavém doprovodu”.
- Je žádoucí, aby zdravotníci poskytovali rodině umírajícího informace, právě tak jako kontinuální emotivní podporu.
- Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, ve které dominuje strach a nejistota.
- Umírání je proces, během kterého má člověk stále méně fyzických i psychických sil.

- Někdy vítá přítomnost druhých, jindy je vděčný za rozjímání o samotě. Proces umírání postupuje a smrt se přibližuje.
- Příbuzní by měli být poučeni o tom, že se smrt ohlašuje příznaky, jako jsou slábnoucí puls, pokles krevního tlaku, tělesné teploty a dýchání bývá nejen nepravidelné, ale i ztížené.
- Někdy může nastat jakési zlepšení stavu nemocného. Umírající je náhle bdělý, plný života, dobře slyší, odpovídá na otázky a sám je i klade, vyslovuje různá přání. Má dokonce potřebu posadit se, vstát. Všechny tyto projevy znamenají, že umírající naposledy přijímá podíl na životě. Je to labutí píseň a je dobré, když ji umírající může prožít společně se svými blízkými. Podle odborníků nastává euforie 2 až 3 den před smrtí.
- Euforie je střídaná fází nazývanou kóma, popřípadě smrtelné kóma. Umírající opět nevnímá okolí, ale slyší. Je vhodné přizvat příbuzné, aby řekl umírajícímu vše, co ještě pokládají za důležité.

Psychologické přístupy k umírajícím

- Nalézt správný přístup k vážně nemocnému nebo dokonce umírajícímu člověku, je velice obtížné a patří asi k vrcholným profesionálním dovednostem sestry.
- Zdravotníci však nerespektují právo pacienta na pravdivé informace o jeho zdravotním stavu, protože nejsou připraveni převzít psychologickou péči o člověka, který se ocitá na konci života. Nepravdivé informování se v praxi nejčastěji omlouvá tím, že by nemocný takovou pravdu neunesl. Kdo by neunesl tu pravdu, je zdravotník, který si neosvojil odpovídající způsob komunikace.
- Pokud nemocný informace požaduje, samozřejmě mu je jeho lékař poskytně. Ten si však musí uvědomit, že existují určitá komunikační pravidla, která ovlivňují přijetí informace nemocným. Mezi tyto pravidla patří zodpovězení otázek kde, kdo, kdy a jak budou informace pacientovi sděleny.

Zásady přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím

- pravdivě informovat, pokud pacient tyto informace požaduje
- informace o zdravotním stavu má podávat ošetřující lékař
- každému nemocnému musí zůstat naděje na zlepšení nebo vyléčení, bez naděje se nelze s chorobou vypořádat
- neodhadovat čas, který nemocnému zbývá
- nepoužívat slova, která posilují strach a úzkost, jako jsou nádor, rakovina, zhoubné onemocnění, bolest
- nezapomínat, že prvořadou potřebou umírajících je fyzická přítomnost a přímý tělesný kontakt blízkých osob
- pomáhat rodině i po úmrtí, přiznat čas na truchlení

Problémy zdravotníků

- Práce v paliativní medicíně klade velké nároky na psychiku profesionálního pracovníka.
- Pro začátečníka v této práci by měl být kdykoli k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo někdo ze starších pracovníků, kterému by se mohl svěřit se svými problémy. Tento supervizor by mu měl pomoci pochopit jeho motivaci ke zvolené práci a také postoj k vlastní smrti.
- Ve všech zdravotnických zařízeních by měla platit zásada: omyl lze odpustit, vědomou hrubost a nedbalost nikdy. Je lidské, když někdy nastane selhání v chování na základě únavy, ale pak musí mít pracovník náhled, že nejednal správně, a musí se i umět omluvit.
- Výhodou pro každého pracovníka je dobré rodinné zázemí.

- Svou úzkost, kterou si lékaři a sestry zpravidla nechtějí připustit a potlačují ji, řeší nejčastěji omezením komunikace s pacientem a únikem do jiných činností. Někdy je tento únik tak zjevný, že signalizuje kolaps komunikace. Pacient tím trpí a vysvětluje si to pohrdáním svou osobou.
- K vážnějším profesionálním deformacím patří citová plochost, která může být buď pouze hraná, nebo projevem skutečného citového otupení.
- Projevuje se cynismem, beztaktným jednáním, nevhodným vtipkáním i před pacienty, zbytečným, hlasitým, zlehčujícím hovorem o intimních věcech pacientů, personálu a někdy i o svých vlastních. Dotyčný má radost, když tím přivádí okolní osoby do rozpaků.
- Nejčastějším emocionálním problémem zdravotnického personálu je syndrom vyhoření.

Syndrom vyhoření

- Syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven velké emotivní psychické zátěži.
- Míra empatie je vrozená, lze ji však kultivovat.
- Zdravotník by se měl umět vcítit do pocitů nemocného, o kterého se stará, ale měl by se jich umět také zbavit.
- Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou zájmů i citů, a to nejen vůči pacientům, ale i vůči rodině, přátelům a kolegům. Někdy dochází k úvahám o správnosti volby povolání a o tom, jestli můžeme druhému člověku vůbec pomoci.

- Syndrom vyhoření se projevuje častější absencí na pracovišti a vzrůstá počet pacientů, kteří rezignují. Vyhořelý profesionál zkracuje dobu, kterou tráví s nemocnými, na minimum a naopak vítá nejen účast na konferencích a schůzích, ale dokonce se s jistou radostí věnuje administrativní práci.
- Zdravotní sestry používají slova a obraty, kterými devalvují pacienty zesměšňují kolegy nebo další osoby a zaujímají četné obranné postoje.
- Syndrom vyhoření vzniká pravidelně a většinou se rozvíjí za 2-5 let po nástupu do zaměstnání. Na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů.
- Vyhořelý pracovník je zdánlivě autentický, žije ve zdánlivě dobrých mezilidských vztazích, setrvává ve zdánlivých přátelstvích a je zdánlivě tolerantní.
- Práce s těžce nemocnými a umírajícími je namáhavá a psychicky zatěžující. Ideální je prevence, která zahrnuje nejen důslednou duševní hygienu, ale i kvalitní přípravu na specifika práce s umírajícími. V souvislosti se syndromem vyhoření je důležité vědět, jak se projevuje a jakým způsobem je možné ho léčit. Syndrom vyhoření probíhá v několika fázích.

Fáze syndromu vyhoření

- **Naděšení** – velké naděje, nerealistická očekávání, idealismus, elán do práce
- **Stagnace** – střet s realitou, člověk je donucen slevit ze svých ideálů
- **Frustrace** – pocity zklamání a marnosti týkající se efektivity a smyslu pracovní činnosti.
- **Apatie** – člověk dělá pouze to, co musí. Dehumanizace – ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Tato ztráta vede k „zvěčnění“ sociálního světa, člověk se dívá na lidi jako na věci, na materiál. Necitlivé a necitelné chování, cynismus, ironie a sarkasmus. Ztráta úcty k vlastnímu životu.
- **Intervence** – cokoliv, co vede k přerušování vyhořívání.

Duševní hygiena

1. Objektivizace starostí
2. Racionalizace a relativizace vlastních starostí, srovnání se starostmi druhých, bagatelizace
3. Aktivní řešení, případně odstranění příčin starostí
4. Interferenční řešení (zapomenutí při intenzivní práci, myšlení na něco jiného)
5. Citové přeladění (pohled z humorné stránky, odreagování, relaxace)
6. Úniková řešení (odklad termínu řešení na neurčito, ignorování starostí)

I při vysokém pracovním zatížení je třeba udržovat kontakty s lidmi mimo obor a nezapomínat na stará přátelství. Je potřeba pravidelně chodit do přírody, nezříkat se návštěv výstav, kin... Pokud má zdravotník konfěčka, měl by ho rozvíjet, i když lze připustit redukci času, který může při časově náročném povolání věnovat.

Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém

Úzkost ze smrti 00147

- **doména:** Zvládání / tolerance stresové zátěže
- **třída:** reakce zvládání
- **definice:** Nejasné úzkostné pocity z nepohodlí nebo strachu vystupňovaného vnímáním skutečného nebo vymyšleného ohrožení života.)

Charakteristické znaky:

- vyjadřuje obavy z přetížení pečovatele
- vyjadřuje hluboký smutek
- vyjadřuje obavu z rozvoje terminálního onemocnění
- vyjadřuje obavu ze ztráty duševní způsobilosti při umírání
- vyjadřuje obavu z bolesti týkající se umírání
- vyjadřuje obavu z předčasné smrti
- vyjadřuje obavu z procesu umírání
- vyjadřuje obavu z prodlouženého umírání
- vyjadřuje obavu z utrpení souvisejícím s umíráním
- vyjadřuje obavu z pocitu bezmocnosti nad umíráním
- vyjadřuje negativní myšlenky související se smrtí nebo umíráním
- vyjadřuje obavu z dopadu něčí smrti na ostatní

Související faktory:

- očekávání nepříznivých následků celkové anestezie
- očekávání dopadu ze smrti na ostatní
- očekávání bolesti
- očekávání utrpení
- uvědomění si terminálního onemocnění
- diskuse na téma smrt
- zkušenost s umíráním
- odmítnutí vlastní smrtelnosti
- pozorování související se smrtí
- povšimnutí si blízkosti smrti
- nejistota se setkáním s vyšší mocí
- nejistota v existenci vyšší moci
- nejistota ze života po smrti
- nejistota z budoucnosti / prognózy

Propojení NANDA, NIC a NOC

Cíle	Hlavní intervence	Navržené intervence	Volitelné intervence
Přijetí zdravotního stavu Definice: okolnosti vedoucí ke smíření s výraznou změnou ve zdraví.	- zvládnutí - nadhled - emoční podpora	- předběžné poučení - podpora v rozhodování - usnadnění při zpracování žalu - vložení naděje - přítomnost - duchovní podpora - systém podpory - povznesení - objasnění hodnot	- aktivní naslouchání - disponiční - pravdomluvnost
Zvládnutí úzkosti Definice: individuální činnost k eliminaci nebo redukci pocitu z obavy, napětí nebo znepokojení z neidentifikovatelných příčin.	- redukce úzkosti - péče o umírající	- aktivní naslouchání - uklidňující techniky - povznesení se - muzikoterapie - přítomnost - jednoduché masáže - jednoduchá relaxační terapie - duchovní podpora - dotek	- léčba přítomností zvířat - aromaterapie - biblioterapie - umožnění meditace - zlepšení spánku
Poklidná smrt Definice: Psychická a fyzická pohoda při nastávajícím konci života	- péče o umírajícího - řízení bolesti - přítomnost	- zabezpečení klidu na lůžku, péče o sílu, zlepšení spánku - péče o okolí, komfort - zajištění přítomnosti rodiny - řízení medikace, analgetika - řízení stavem pacienta - péče o výživu, monitorace stravování, udržování zdravotních úst - polkování, podpora v sebezpečí, jednoduché masáže, relaxační terapie - uskutečnění snu	- zabezdění aspirací - celková podpora v hygieně - krmení - léčebný dotek

Skličnost Definice: Upjatost, melancholická nálada a ztráta zájmu o život.	- vstřípení naděje - duchovní podpora	- biblioterapie - péče o umírajícího - citová podpora - medikace - péče o dobré rozpoložení - zlepšení spánku	- léčba přítomností zvířat - muzikoterapie - terapie vzpomínáním - zlepšení podpůrný systém
Důstojný konec života Definice: Individuální činnost k udržení vnitřní během blízkého se konce života.	- podpora v rozhodování - péče o umírajícího	- předběžné vedení - redukce úzkosti - prosazení zájmu rodiny - svolání rodiny a umožnění odpuštění - umožnění vyrovnat se s trápením - asistovaná kontrola analgetik pacientem - ochrana pacientových práv - duchovní podpora - vyjasnění hodnot	- aktivní naslouchání - dopomoc ovládat hněv - léčba přítomností zvířat - biblioterapie - podpora ošetrovatelů - emoční podpora - podpora rodiny - muzikoterapie - léčba vzpomínkami - usnadnění spirituálního růstu - umožnění návštěv
Obavy ze sebekontroly Definice: individuální činnost k eliminaci nebo redukci vyfázující obavy z přetruhy, napětí nebo neklid z nějaké určité příčiny.	- zvládnutí	- aktivní naslouchání - redukce úzkosti - uklidňující techniky - podpora v rozhodování - péče o umírajícího - emoční podpora - přítomnost - duchovní podpora	- léčba přítomností zvířat - podpora ošetrovatelů - umožnění meditace - vedení bolesti - uskutečnění snu - jednoduchá relaxační léčba
Důležitá zdraví Definice: Propojení mezi sebou samým, ostatními, vyšší silou, celým životem, přírodou, vesmírem, který nás přesahuje a posiluje.	- umožnění náboženských rituálů - duchovní podpora	- péče o umírajícího - umožnění odpuštění - překonávat žal - usnadnění spirituálního růstu - objasnění hodnot	- redukce úzkosti - vkladání naděje - umožnění meditace - přítomnost - umožnění uvědomit si sám sebe

Děkuji
za
pozornost

Literatura k tvorbě edukačního programu:

BALINT, M. Lékař, jeho pacient a nemoc. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1999. 330s. ISBN 80-70-62-425-6.

BOULECKÝ, Z., et.al. *Psychologické a psychiatrické problémy onkologických nemocných a ošetřujícího personálu, péče o terminálně nemocné.* Praha: Grada Publishing, 2003. 710s. ISBN 80-315-4512-8.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie.* 4. vydání Brno: NCO NZO, 2003. 173s. ISBN 80-7013-386-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* 2. přepracované vydání, Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN: 978-80-7262-471-3.

HEDRMAN, H. et al. *Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2009-2011.* NANDA International, 2009. 435s. ISBN 978-1-4051-8718-3.

CHAMOUTOVÁ, K. *Duševní hygiena.* 1. vydání Praha, 2006. 209 s. ISBN 80-213-1452-4.

JOHNSON, M., BULECHEK, G., BUTCHER, H. et al. *NANDA, NOC and NIC Linkages.* 2. vydání Mosby Elsevier. 698s. ISBN 13-978-0-323-03189-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry.* 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty.* 1. vydání Návrat domů, Praha, 1995. 93s. ISBN 80-5495-43-0.

KÜBLER-ROSS, E. *Rozhovory s umírajícími.* Hradec Králové: Signum Unitatis ve spolupráci s agenturou TMG, 1992. 135s. ISBN 80-85439-04-2.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2.

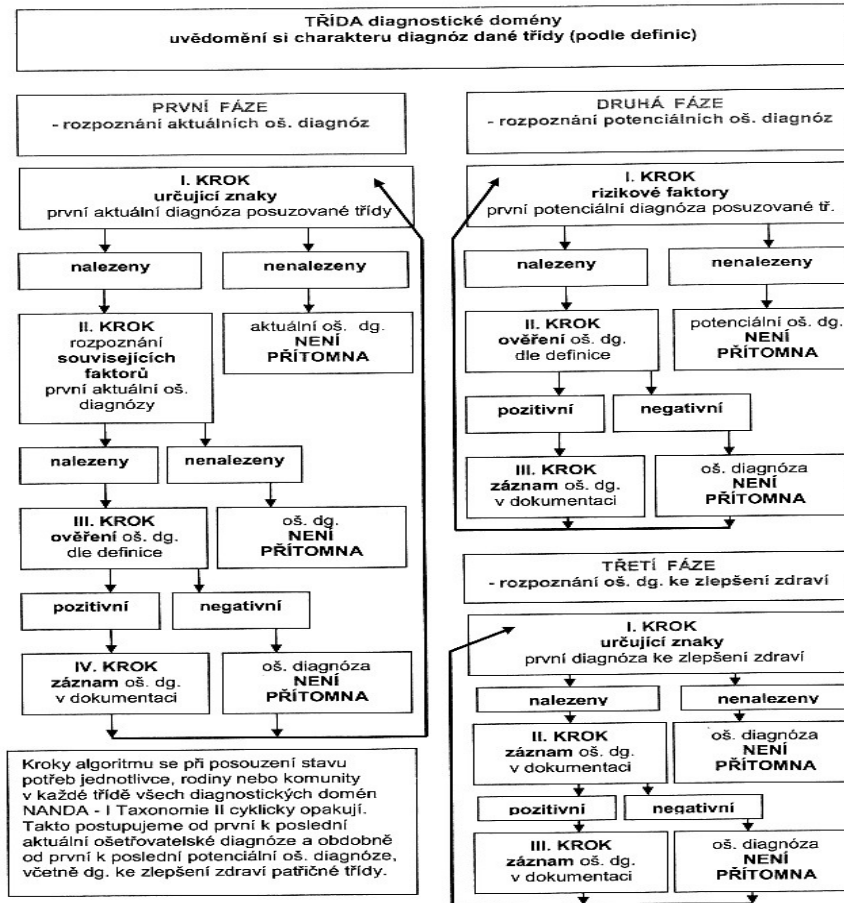
O'CONNOR, M., ARANDA, S. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.

SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ, L., *Umřít doma, příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79s. ISBN 978-80-254-2788-0.

ULČ, I. et al. *Úzkost a úzkostné stavy*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1999. 88s. ISBN 80-7169-790-7.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., et.al. *Paliativní medicína*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 480 s. ISBN 80-7169-437.

Příloha ii. Algoritmus



Příloha iii. Dotazník

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,
jsem studentkou II. ročníku magisterského studia Dlouhodobá ošetrovatelská péče u dospělých na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který bude zpracován v rámci mé diplomové práce „*Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči*“. Cílem tohoto dotazníku je zjistit vědomosti sester o této problematice a jak diagnózu u pacientů řeší. Předem děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Bc. Žaneta Spurná (spurna.zaneta@seznam.cz)

Návod k vyplnění:

- 1) v případě čtverečků vyplňujte prosím křížkem správnou odpověď
 - 2) tam, kde jsou tečky, prosím uveďte slovní odpověď na připravenou linku
-

1) POHLAVÍ?

žena
muž

2) VĚK?

do 25 let
26 - 35 let
36- 45 let
46 – 55 let
více jak 55 let

3) NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

SZŠ
VZŠ
VŠ – Bc.
VŠ – Mgr.

4) JSTE VĚŘÍCÍ?

ano
ne

5) JAK DLOUHO PRACUJETE V CHARITĚ?

do 5 let

6 – 10 let

11 – 15 let

více než 16 let

6) JAK BYSTE DEFINOVALI ÚZKOST ZE SMRTI?

7) NA ZÁKLADĚ JAKÝCH PŘÍZNAKŮ SE DOMNÍVÁTE, ŽE PACIENT ÚZKOST ZE SMRTI PROŽÍVÁ? (prosím jmenujte)

8) JAKÉ HODNOTÍCÍ NÁSTROJE (škály, testy) POUŽÍVÁTE KE STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ÚZKOST ZE SMRTI? (prosím jmenujte)

9) JAKÝM ZPŮSOBEM ŘEŠÍTE ÚZKOST ZE SMRTI U PACIENTŮ? (prosím uveďte několik intervencí)

10) MÁTE ZÁJEM O INFORMACE VZTAHUJÍCÍ SE K PROBLEMATICE ÚKOSTI ZE SMRTI U PACIENTŮ?

ano, navštěvuji semináře věnující se této problematice

ano, chtěl/a bych navštívit nějaký seminář, který by se věnoval úzkosti ze smrti,

ale žádné nejsou

ano, přes internet

ano, studium odborné literatury

jiné _____

ne, nemám zájem o tuto problematiku

11) POKUD JSTE ODPOVĚĎELA ANO NA OTÁZKU 10, VYUŽÍVÁTE VĚDOMOSTI NEBO DOVEDNOSTI V PRAXI?

ano (jak?) _____

ne

12) JAK ČASTO PRACUJETE S PACIENTEM, U KTERÉHO SE VYSKYTUJE DIAGNÓZA ÚZKOST ZE SMRTI?

- neustále, tyto pacienty mám denně v péči
- občas
- nikdy

13) POUŽÍVÁTE U SVÝCH PACIENTŮ OŠETŘOVATELSKOU DIAGNÓZU ÚZKOST ZE SMRTI?

- ano
- ne

14) POKUD JSTE NA OTÁZKU 13 ODPOVĚDĚL/A ANO, U JAKÝCH KLINICKÝCH DIAGNÓZ SE NEJČASTĚJI VYSKYTUJE? (prosím uveďte)

15) DĚLÁ VÁM POTÍŽE PEČOVAT O TYTO KLIENTY?

ano

(jaké) _____

ne

16) POKUD JSTE ODPOVĚDĚLA NA OTÁZKU 15 ANO, JAK TYTO PROBLÉMY ŘEŠÍTE? (prosím uveďte)

Příloha iv. Žádosti o výzkumné šetření

Ing. Marta Valenčíková
Ředitelka charity
9. května 82
750 02 Přerov

V Olomouci dne 3.11.2009

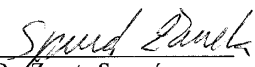
Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní ředitelko,

Dovolu mi požádat Vás o povolení sběru dat. Šetření povede studentka Bc. Žaneta Spurná, posluchačka II.ročníku prezenční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Vedoucím závěrečné práce je odb.as.Mgr. Helena Kisvetrová, RS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Bc. Žaneta Spurná
II.ročník dlouhodobá oše. Péče u dospělých
FZV UP v Olomouci


odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS

Kontakt:
Mgr. Helena Kisvetrová
tel.: (+420) 585 632 812, e-mail:
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

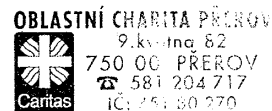
Vyjádření k žádosti: žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko

M. M. 2009 Glasová



Ludmila Gottwaldová, DiS
Ředitelka charity,
Olomouc
Wurmova 5
771 11 Olomouc

V Olomouci dne 3.11.2009

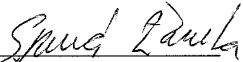
Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní ředitelko,

Dovolte mi požádat Vás o povolení sběru dat. Šetření povede studentka Bc. Žaneta Spurná, posluchačka II.ročníku prezenční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Vedoucím závěrečné práce je odb.as.Mgr. Helena Kisvetrová, RS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Bc. Žaneta Spurná
II.ročník dlouhodobá oše. Péče u dospělých
FZV UP v Olomouci

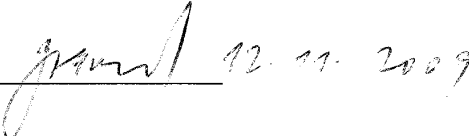

odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS

Kontakt:
Mgr. Helena Kisvetrová
tel.: (+420) 585 632 812, e-mail:
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko



charita OLMOUC
Wurmova 5 > 771,11 > Olomouc
IČ: 44936427, DIČ: CZ44936427

MUDr. Irena Lenfeldová
Ředitelka charity
Zahradní ul. 690
798 52 Konice

V Olomouci dne 2.12.2009

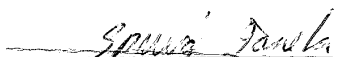
Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní ředitelko,

Dovolte mi požádat Vás o povolení sběru dat. Šetření povede studentka Bc. Žaneta Spurná, posluchačka II.ročníku prezenční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Vedoucím závěrečné práce je odb.as.Mgr. Helena Kisvetrová, RS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

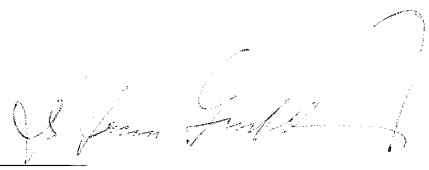

Bc. Žaneta Spurná
II.ročník dlouhodobá oše. Péče u dospělých
FZV UP v Olomouci


odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS

Kontakt:
Mgr. Helena Kisvetrová
tel.: (+420) 585 632 812, e-mail: kisvetr@tunw.upol.cz
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko 2.12.2009 

CHARITA KONICE
ZAHRADNÍ 690
798 52 KONICE
☎ 582 396 217
IČO:479 21 218

Marie Schwarzerová
Ředitelka charity
Sádky 14
796 01 Prostějov

V Olomouci dne 3.11.2009

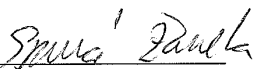
Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní ředitelko,

Dovolte mi požádat Vás o povolení sběru dat. Šetření povede studentka Bc. Žaneta Spurná, posluchačka II.ročníku prezenční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Vedoucím závěrečné práce je odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Bc. Žaneta Spurná
II.ročník dlouhodobá oše. Péče u dospělých
FZV UP v Olomouci


odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS

Kontakt:
Mgr. Helena Kisvetrová
tel.: (+420) 585 632 812, e-mail:
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

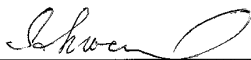
Vyjádření k žádosti: žádost povolena

žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko

12. 11. 2009



CHARITA PROSTĚJOV
Sádky 14
796 01 PROSTĚJOV
T./fax 582 844 624
ICO 44159854
B.č. KČ 610 749 - 107 0100

Bc. Pavlína Vyvozilová
Ředitelka charity
Opavská 13
785 01 Šternberk

V Olomouci dne 3.11.2009


Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní ředitelko,

Dovolte mi požádat Vás o povolení sběru dat. Šetření povede studentka Bc. Žaneta Spurná, posluchačka II.ročníku prezenční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Vedoucím závěrečné práce je odb.as.Mgr. Helena Kisvetrová, RS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Bc. Žaneta Spurná
II.ročník dlouhodobá oše. Péče u dospělých
FZV UP v Olomouci

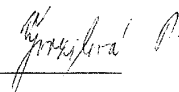

odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS

Kontakt:
Mgr. Helena Kisvetrová
tel.: (+420) 585 632 812, e-mail:
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko

9. 11. 2009 



CHARITA ŠTERNBERK
Opavská 13
785 01 Šternberk
tel./fax: 585 011 014
IČO 452 38 642

Ing. Marie Vychopeňová
Ředitelka charity
Žerotínova 12
787 01 Šumperk

V Olomouci dne 3.11.2009

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní ředitelko,

Dovolte mi požádat Vás o povolení sběru dat. Šetření povede studentka Bc. Žaneta Spurná, posluchačka II.ročníku prezenční formy magisterského studia ošetrovatelství FZV UP v Olomouci. Data budou využita ke zpracování výzkumné části diplomové práce zabývající se tématem Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči. Vedoucím závěrečné práce je odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem



Bc. Žaneta Spurná
II.ročník dlouhodobá oše. Péče u dospělých
FZV UP v Olomouci


odb.as. Mgr. Helena Kisvetrová, RS

Kontakt:
Mgr. Helena Kisvetrová
tel.: (+420) 585 632 812, e-mail:
Ústav ošetrovatelství FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

Vyjádření k žádosti: žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:



CHARITA ŠUMPERK
Žerotínova 12
787 01 ŠUMPERK
tel.: 583 216 747

Datum, podpis, razítko

3.11.2009

JČ: 48005894
